|  |
| --- |
| SỞ Y TẾ TIỀN GIANG  **BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN** |
| **QUY TRÌNH KỸ THUẬT**  **CHUYÊN KHOA: NHI**  *(Ban hành kèm theo Quyết định số: 239/QĐ-YHCT ngày 30/9/2019 của Bệnh viện Y học cổ truyền Tiền Giang)* |
| ***Năm 2019*** |

**Danh mục gồm 86 quy trình kỹ thuật:**

***Ghi chú:*** Từ Quy trình số 38 đến quy trình số 123 tương ứng với Danh mục kỹ thuật

[PHẦN 1: CHUYÊN KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU 5](#_Toc4594212)

[38. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM 5](#_Toc4594213)

[39. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC 7](#_Toc4594214)

[40. KỸ THUẬT KHÍ DUNG THUỐC GIÃN PHẾ QUẢN 10](#_Toc4594215)

[41. QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỔI NGẠT 12](#_Toc4594216)

[42. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG TIỂU (DẪN LƯU BÀNG QUANG) 14](#_Toc4594217)

[43. HỒI SỨC CHỐNG SỐC (SỐC PHẢN VỆ) 18](#_Toc4594218)

[44. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẦM MÁU VẾT THƯƠNG CHẢY MÁU 24](#_Toc4594219)

[45. TIÊM TRUYỀN THUỐC 27](#_Toc4594220)

[46. QUY TRÌNH KỸ THUẬT TƯ VẤN TÂM LÍ  CHO NGƯỜI BỆNH VÀ NGƯỜI NHÀ 35](#_Toc4594221)

[PHẦN 2: CHUYÊN KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN 37](#_Toc4594222)

[47. SẮC THUỐC THANG VÀ ĐÓNG GÓI THUỐC BẰNG MÁY 37](#_Toc4594223)

[48. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẤY CHỈ ĐIỀU TRỊ LIỆT NỬA NGƯỜI 40](#_Toc4594224)

[49. CẤY CHỈ ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA 42](#_Toc4594225)

[50. CẤY CHỈ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG DÂY, RỄ VÀ ĐÁM RỐI THẦN KINH 44](#_Toc4594226)

[51. CẤY CHỈ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP 47](#_Toc4594227)

[52. CẤY CHỈ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP 50](#_Toc4594228)

[53. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT CHI TRÊN 53](#_Toc4594229)

[54. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT CHI DƯỚI 57](#_Toc4594230)

[55. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT NỬA NGƯỜI 60](#_Toc4594231)

[56. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT DO BỆNH CỦA CƠ 63](#_Toc4594232)

[57. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ TEO CƠ 66](#_Toc4594233)

[58. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA 69](#_Toc4594234)

[59. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ BẠI NÃO 71](#_Toc4594235)

[60. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ Ù TAI 74](#_Toc4594236)

[61. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU ĐẦU, ĐAU NỬA ĐẦU 76](#_Toc4594237)

[62. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ MẤT NGỦ 79](#_Toc4594238)

[63. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT DO TỔN THƯƠNG ĐÁM RỐI DÂY THẦN KINH 82](#_Toc4594239)

[64. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU DÂY THẦN KINH SỐ V 84](#_Toc4594240)

[65. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THẦN KINH SỐ VII NGOẠI BIÊN 87](#_Toc4594241)

[66. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT TỨ CHI DO CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG 89](#_Toc4594242)

[67. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT 91](#_Toc4594243)

[68. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU DÂY THẦN KINH LIÊN SƯỜN 95](#_Toc4594244)

[69. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ VIÊM ĐA DÂY THẦN KINH 97](#_Toc4594245)

[70. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ VIÊM ĐA KHỚP DẠNG THẤP 100](#_Toc4594246)

[71. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU DO THOÁI HÓA KHỚP 103](#_Toc4594247)

[72. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU LƯNG 106](#_Toc4594248)

[73. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU QUANH KHỚP VAI 109](#_Toc4594249)

[74. ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG VAI GÁY 111](#_Toc4594250)

[75. THỦY CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT NỬA NGƯỜI 113](#_Toc4594251)

[76. THỦY CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA 115](#_Toc4594252)

[77. THỦY CHÂM ĐIỀU TRỊ STRESS 117](#_Toc4594253)

[78. THỦY CHÂM ĐIỀU TRỊ DO TỔN THƯƠNG ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY Ở TRẺ EM 119](#_Toc4594254)

[79. THỦY CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU DO THOÁI HÓA KHỚP 121](#_Toc4594255)

[80. THỦY CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT TỨ CHI DO CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG 124](#_Toc4594256)

[81. XOA BÓP BẤM HUYỆT ĐIỀU TRỊ LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO 126](#_Toc4594257)

[82. XOA BÓP BẤM HUYỆT ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA 129](#_Toc4594258)

[83. XOA BÓP BẤM HUYỆT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG Ở TRẺ BẠI NÃO 131](#_Toc4594259)

[84. XOA BÓP BẤM HUYỆT ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP 133](#_Toc4594260)

[85. XOA BÓP BẤM HUYỆT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG VAI GÁY 135](#_Toc4594261)

[86. XOA BÓP BẤM HUYỆT ĐIỀU TRỊ LIỆT TỨ CHI DO CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG 137](#_Toc4594262)

[PHẦN 3: CHUYÊN KHOA PHỤC HỒI CHỨC NĂNG 139](#_Toc4594263)

[87. ĐIỀU TRỊ BẰNG LASER CÔNG SUẤT THẤP (LASER CHIẾU NGOÀI) 139](#_Toc4594264)

[88. ĐIỀU TRỊ BẰNG CÁC DÒNG ĐIỆN XUNG 141](#_Toc4594265)

[89. VẬT LÝ TRỊ LIỆU - PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH CỨNG KHỚP 143](#_Toc4594266)

[90. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ BẠI NÃO THỂ MÚA VỜN 145](#_Toc4594267)

[91. KỸ THUẬT XOA BÓP CỤC BỘ 151](#_Toc4594268)

[92. KỸ THUẬT XOA BÓP TOÀN THÂN 153](#_Toc4594269)

[93. CHƯỜM LẠNH 155](#_Toc4594270)

[94. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH RA VÀO XE LĂN 156](#_Toc4594271)

[95. SỬ DỤNG KHUNG, NẠNG, GẬY TRONG TẬP ĐI 161](#_Toc4594272)

[96. KỸ THUẬT TẬP SỬ DỤNG VÀ ĐIỀU KHIỂN XE LĂN 164](#_Toc4594273)

[97. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỔN THƯƠNG THẦN KINH QUAY 167](#_Toc4594274)

[98. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI 171](#_Toc4594275)

[99. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT SỤN CHÊM KHỚP GỐI 174](#_Toc4594276)

[100. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM QUANH KHỚP VAI 178](#_Toc4594277)

[101. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRẬT KHỚP VAI 182](#_Toc4594278)

[102. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY XƯƠNG ĐÒN 184](#_Toc4594279)

[103. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP 187](#_Toc4594280)

[104. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT CHI DƯỚI 193](#_Toc4594281)

[105. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY 196](#_Toc4594282)

[106. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI 199](#_Toc4594283)

[107. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY 202](#_Toc4594284)

[108. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY HAI XƯƠNG CẲNG TAY 205](#_Toc4594285)

[109. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY 208](#_Toc4594286)

[110. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN 212](#_Toc4594287)

[111. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRONG TỔN THƯƠNG THẦN KINH CHÀY 215](#_Toc4594288)

[112. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỔN THƯƠNG TỦY SỐNG (CỔ - THẮT LƯNG) 220](#_Toc4594289)

[113. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI 231](#_Toc4594290)

[114. PHÒNG NGỪA VÀ XỬ TRÍ LOÉT DO ĐÈ ÉP 235](#_Toc4594291)

[115. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THOÁI HÓA KHỚP 238](#_Toc4594292)

[116. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM KHỚP DẠNG THẤP 242](#_Toc4594293)

[117. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH ĐAU LƯNG DO THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG 246](#_Toc4594294)

[118. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HỘI CHỨNG ĐUÔI NGỰA 249](#_Toc4594295)

[119. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG ĐAU THẦN KINH TỌA 254](#_Toc4594296)

[120. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG LIỆT DÂY VII NGOẠI BIÊN 261](#_Toc4594297)

[121. TẬP CHO NGƯỜI BỆNH CỨNG KHỚP 265](#_Toc4594298)

[122. DỤNG CỤ TẬP CỔ CHÂN 267](#_Toc4594299)

[123. THAY BĂNG, CẮT CHỈ 269](#_Toc4594300)

# PHẦN 1: CHUYÊN KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU

# QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM

* 1. **MỤC ĐÍCH**
     + Duy trì sự lưu thông catheter tĩnh mạch trung tâm (TMTT)
     + Đánh giá thường xuyên vị trí của catheter TMTT
     + Hạn chế nhiễm trùng chân catheter, nhiễm trùng huyết cho người bệnh
  2. **CHỈ ĐỊNH**
     + Áp dụng cho tất cả người bệnh có đặt catheter TMTT
     + Thời gian thực hiện: khi băng thấm dịch, máu, hoặc qua opside thấy viêm đỏ, chảy máu quanh chân catheter
  3. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**
     + Không thay băng nếu băng opside còn kín, không có hiện tượng viêm nhiễm, chảy máu.
  4. **CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** 1 điều dưỡng: rửa tay, đội mũ , đeo khẩu trang

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| STT | Dụng cụ | Đơn vị | Số lượng |
| 1 | Dụng cụ tiêu hao | gói | 01 |
| 2 | Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn | gói | 01 |
| 3 | Dụng cụ bảo hộ | bộ | 01 |
| 4 | Dụng cụ thủ thuật | bộ | 01 |
| 5 | Dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn | bộ | 01 |
| 6 | Nước muối Natriclorua 0,9% | ml | 100 |
| 7 | Opisde | miếng | 01 |
| 8 | Túi đựng đồ bẩn | cái | 01 |

**2. Người bệnh:**

* + Thông báo, giải thích cho người bệnh (nếu người bệnh tỉnh)
  + Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp: đầu cao 30 độ, nghiêng mặt về bên đối diện đặt catheter

**3. Phiếu theo dõi chăm sóc**

* 1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Mở gói dụng cụ, đổ dung dịch nước muối 0,9% vào bát kền.
2. Đi găng sạch
3. Đặt khay quả đậu ở vị trí thích hợp
4. Vệ sinh vùng da xung quanh chân cathette bằng nước muối 0,9% trong ra ngoài, thấm khô. Sát trùng xung quanh chân catheter bằng PVP iodine 10%
5. Tháo bỏ băng cũ
6. Đánh giá chân catheter TMTT, mức độ viêm chân catheter hay không
7. Đi găng vô khuẩn
8. Sát trùng chân catheter bằng PVP iodine 10% bán kính 5cm, sát trùng 1 vòng quanh chân catheter, sát trùng 2 lần
9. Đặt gạc hoặc opside vào chân catheter, băng lại bằng băng dính.
10. Tháo bỏ găng bẩn
11. Đặt người bệnh về tư thế thoải mái 12.Thu dọn dụng cụ
12. Rửa tay
13. Ghi bảng theo dõi điều dưỡng: tình trạng chân catheter, thời gian thực hiện,

người thực hiện

* 1. **THEO DÕI**

-Theo dõi chân catheter có thấm dịch, máu hoặc opside bị bong thì thay ngay

-Theo dõi đánh giá chảy máu chỗ chọc, nhiễm trùng tại chân catheter.

-Theo dõi vị trí cố định: mức độ lỏng, tuột của catheter, gập gãy catheter

* 1. **XỬ TRÍ TAI BIẾN**

-Tuột catheter do cố định lỏng, người bệnh có nhiều mồ hôi người bệnh dãy dụa nhiều.

+ Theo dõi thường xuyên vị trí cố định, băng thấm dịch, mồ hôi

+ Cố định lại catheter đúng vị trí, rút catheter nếu nghi tuột hẳn ra ngoài

* Nhiễm trùng chân catheter , nhiễm khuẩn huyết: do thay băng không đảm bảo vô khuẩn, để lưu catheter quá lâu: thực hiện quy trình thay băng đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn cho người bệnh .
* Tắc catheter: Dùng bơm tiêm hút máu ra, tuyệt đối không bơm cục máu đông vào trong.
* Báo bác sĩ biết khi có viêm chân catheter, phụ bác sĩ rút catheter .

# QUY TRÌNH KỸ THUẬT ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Ngừng tuần hoàn có thể xẩy ở bất kỳ đâu và bất kỳ lúc nào, đây là trường hợp cấp cứu khẩn cấp. Ngay khi phát hiện Người bệnhngừng tuần phải tiến hành ngay cấp cứu cơ bản hồi sinh tim phổi để giúp duy trì dòng tuần hoàn cho não và tim. Trong hồi sinh tim phổi kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực giữ vai trò rất quan trọng.

Ép tim ngoài lồng ngực là một kỹ thuật dùng áp lực mạnh, liên tục và nhịp nhàng nhờ lực của phần thân trên người, vai và 2 tay ép lên 1/2 dưới của xương ức người bệnh

1. **CHỈ ĐỊNH**

Người bệnhbị ngừng thở, ngừng tim

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**
   * Không có chống chỉ định tuyệt đối
   * Chống chỉ định tương đối:

+ Có tràn khí màng phổi áp lực

+ Chấn thương ngực nặng, dập nát vùng ngực trước

1. **CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện** -Bác sĩ, điều dưỡng hoặc người được đào tạo và nắm được kỹ thuật ép tim

ngoài lồng ngực 3.

**2. Phương tiện, dụng cụ**

**-** Bộ, hộp cấp cứu ngừng tuần hoàn được chuẩn bị sẵn - Bóng, mặt nạ, ống NKQ, máy theo dõi Người bệnhcó điện tim, bơm tiêm

5ml, găng, mũ, khẩu trang,..

* Máy sốc điện, oxi, - Thuốc Adrenalin, dịch truyền, catheter ngoại biên,.

**3. Người bệnh**

* Đặt Người bệnhở tư thế nằm ngửa, trên nền cứng

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT:**
   1. **Ngay khi phát hiện người bệnh đột ngột bất tỉnh** có nghi ngờ ngừng tuần hoàn cần nhanh chóng tiếp cận Người bệnhvà gọi người hỗ trợ. Ðặt Người bệnhnằm ngửa trên một mặt phẳng cứng, có thể để chân cao hơn đầu. Nếu nằm trên giường đệm thì lót tấm ván dưới lưng.
      1. Nhanh chóng khai thông đường thở và xác định ngừng hô hấp và mất mạch cảnh. Tiến hành ép tim ngoài lồng ngực: thông khí nhân tạo 30:2 nếu Người bệnhlà người lớn, trẻ nhỏ và nhũ nhi khi có 1 người cấp cứu.

Tỷ lệ 15:2 nếu Người bệnhlà trẻ nhỏ hoặc nhũ nhi khi có trên 2 người cấp cứu. Ép tại ½ dưới xương ức, lún từ 1/3 đến ½ bề dầy lồng ngực và tần số 100 lần/phút

* 1. **Trẻ nhũ nhi (dưới 1 tuổi)**

**-** Ép tim ngay phía dưới đường ngang hai núm vú ( nửa dưới xương ức)

- Có thể dùng 2 ngón tay để ép tim (nếu là người cấp cứu không chuyên hoặc chỉ có 1 Người thực hiệncấp cứu) với tỷ lệ ép tim/thông khí là 30/2

- Nếu có từ 2 Người thực hiệncấp cứu trở lên có thể áp dụng tỷ lệ ép tim/thông khí 15/2 đến khi đặt được đường thở hỗ trợ. Nên áp dụng kỹ thuật ép tim dùng 2 ngón tay cái và 2 bàn tay ôm ngực

|  |  |
| --- | --- |
| Kỹ thuật ép tim bằng 2 ngón tay (Khi chỉ có 1 người cấp cứu) | Kỹ thuật ép tim bằng 2 ngón cái và bàn tay ôm ngực  (Khi có nhiều người cấp cứu) |

* 1. **Trẻ nhỏ ( trẻ > 1 tuổi đến thiếu niên )**

Ép tim ở nửa dưới xương ức, trên đường ngang qua 2 núm vú, ép lún sâu 1/3 đến ½ độ dầy lồng ngực. Người cấp cứu không chuyên có thể dùng 1 hay 2 tay để ép tim

Áp dụng tỷ lệ ép tim/thông khí 30/2 nếu là người cấp cứu không chuyên hoặc chỉ có 1 Người thực hiệncấp cứu

Nếu có 2 Người thực hiệncấp cứu ( hoặc là người đã hoàn thành khóa đào tạo về cấp cứu ngừng tuần hoàn ) có thể áp dụng tỷ lệ ép tim/thông khí 15/2 đến khi đặt được đường thở hỗ trợ

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

* 1. **Người lớn và trẻ từ 8 tuổi trở lên**
* Ép tim ở giữa ngực ngang 2 núm vú
* Ép lún sâu khoảng 4 đến 5 cm, dùng lòng bàn tay của cả 2 tay
* Kỹ thuật có 3 bước cơ bản

+ Bước 1: Xác định vị trí mũi ức

+ Bước 2: Đặt lòng bàn tay thứ nhất lên trên xương ức sát ngay vị trí mũi ức

+ Bước 3: Đặt bàn tay thứ 2 lên trên bàn tay thứ nhất, các ngón tay đan vào nhau và nắm chặt

* Hướng ép vuông góc với mặt phẳng Người bệnhđang nằm. Luôn giữ khớp vai – khuỷu tay – cổ tay thành 1 đường thẳng

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bước 1 | Bước 2 | Bước 3 |

* Phương châm chung của ép tim ngoài lồng ngực trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản là ―ép tim nhanh, mạnh, để lồng ngực phồng hết trở lại sau mỗi lần ép tim và hạn chế tối đa khoảng thời gian tạm ngừng ép tim‖

1. **BIẾN CHỨNG:**

Khi ép tim sai vị trí, sai kỹ thuật hay làm quá thô bạo có thể gặp 1 số biến chứng sau:

* + Gãy xương sườn
  + Gãy xương ức
  + Tràn khí màng phổi
  + Đụng dập phổi

# KỸ THUẬT KHÍ DUNG THUỐC GIÃN PHẾ QUẢN

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Khí dung thuốc giãn phế quản là đưa thuốc giãn phế quản dưới dạng sương mù, các hạt thuốc có kích thước 1-5 micromet vào khí phế quản để điều trị co thắt phế quản.

1. **CHỈ ĐỊNH**

* Điều trị bệnh Hen phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
* Sau rút ống nội khí quản có co thắt thanh khí quản.
* Các bệnh lý hô hấp khác có biểu hiện co thắt phế quản.

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị ứng với thuốc giãn phế quản.

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

* **Bác sỹ:** Xem xét chỉ định khí dung thuốc giãn phế quản.
* **Điều dưỡng:**

+ Giải thích cho người bệnh và người nhà mục đích của kỹ thuật.

+ Kiểm tra tên, tuổi, số giường, chẩn đoán của người bệnh.

1. **Phương tiện**

* Máy khí dung: 1 chiếc.
* Mặt nạ khí dung phù hợp với miệng mũi người bệnh: 1 chiếc.
* Thuốc giãn phế quản theo y lệnh.

1. **Người bệnh**

Người bệnh tư thế thoải mái (tốt nhất ở tư thế ngồi).

1. **Hồ sơ bệnh án**
2. **CÁC BƯỚC THỰC HIỆN**
   1. **Kiểm tra hồ sơ:** Chỉ định khí dung thuốc giãn phế quản.
   2. **Kiểm tra người bệnh:** ở tư thế thoải mái.
   3. **Thực hiện kỹ thuật** (điều dưỡng chăm sóc):

* Cho thuốc khí dung vào bầu.
* Bật máy khí dung, khi máy hoạt động thấy hơi thuốc phun ra.
* Đeo mặt nạ khí dung cho người bệnh.
* Quan sát đáp ứng của người bệnh trong suốt quá trình khí dung. Nếu người bệnh khó thở hơn khi khí dung cần báo bác sỹ.
* Kết thúc khí dung, lấy mặt nạ khỏi mặt người bệnh.
* Ghi lại diễn biến trong quá trình khí dung.

1. **THEO DÕI**

Tình trạng người bệnh trong quá trình khí dung để kịp thời phát hiện các bất thường. Những người bệnh nặng cần theo dõi các chỉ số trên máy theo dõi (mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2)…

1. **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

* Người bệnh thấy khó chịu: ngừng khí dung, đánh giá tình trạng người bệnh.

Dị ứng: khó thở, nổi mề đay, shock phản vệ , xử trí phác đồ dị ứng thuốc.

# QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỔI NGẠT

1. **ĐẠI CƯƠNG**
   * Thổi ngạt là phương pháp cấp cứu nạn nhân ngừng thở đột ngột do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên (sập hầm, đuối nước, điện giật, ngộ độc...) nhưng chưa có ngừng tuần hoàn hoặc có ngừng tuần hoàn.
   * Thổi ngạt được tiến hành bằng cách người cấp cứu thổi trực tiếp hơi của mình qua mồm nạn nhân.
2. **CHỈ ĐỊNH**
   * Ngừng tuần hoàn
   * Ngừng thở đột ngột nhưng chưa có ngừng tuần hoàn
3. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**
   * Không có chống chỉ định.
   * Tuy nhiên không thổi ngạt trực tiếp với những nạn nhân nghi có nhiều khả năng mắc bệnh truyền nhiễm: HIV...
4. **CHUẨN BỊ**
5. **Người thực hiện**
   * Bác sĩ, điều dưỡng hoặc người được đào tạo và nắm được kỹ thuật
6. **Dụng cụ:** hộp dụng cụ cấp cứu ngừng thở ngừng tim, được chuẩn bị sẵn
   * Bóng, mặt nạ, ống NKQ, máy theo dõi Người bệnh có điện tim, bơm tiêm 5ml, găng, mũ, khẩu trang,..
   * Máy sốc điện, oxi,
   * Thuốc Adrenalin, dịch truyền, catheter ngoại biên,.
7. **Người bệnh**

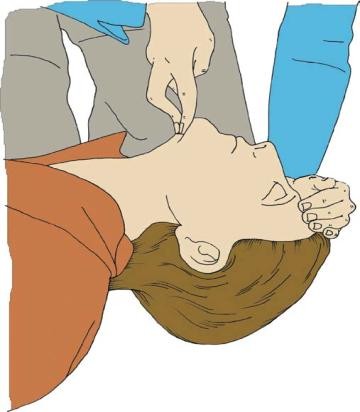
Đặt Người bệnh ở tư thế nằm ngửa

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Nạn nhân nằm ngửa, **mở đường dẫn khí** bằng cách ngửa đầu và nâng cằm

+ Đặt một bàn tay (thường là tay không thuận) lên trán nạn nhân và đẩy ngửa đầu nạn nhân ra sau một cách nhẹ nhàng trong khi vẫn thả các ngón tay cái và trỏ tự do để bóp bịt mũi nạn nhân nếu cần thổi ngạt

+ Đặt các đầu ngón tay của bàn tay còn lại (thường là tay thuận) dưới cằm nạn nhân, nâng cằm lên để mở đường dẫn khí.

***Hình 1 và 2: Tư thế ngửa đầu và nâng cằm***

(Không được đẩy mạnh hàm nạn nhân vì động tác này có thể làm cột sống cổ bị tổn thương nặng hơn nếu có kèm chấn thương. Vì vậy, nên mở đường dẫn khí (ngửa đầu và nâng cằm) một cách thận trọng cho cả nạn nhân có hoặc không có tổn thương cột sống cổ).

- Giữ mở đường dẫn khí, ***kiểm tra hô hấp*** (quan sát, nghe ngóng và cảm nhận nhịp thở).

1. **THEO DÕI**

Nếu thổi ngạt có kết quả:

Chú ý tư thế Người bệnh, sắc mặt, đồng tử, nhịp thở, mạch, huyết áp...

Vận chuyển Người bệnh đến cơ sở y tế gần nhất nếu Người bệnh tái lập được tự

thở.

# QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG TIỂU (DẪN LƯU BÀNG QUANG)

1. **ĐẠI CƯƠNG**

* Đặt thông tiểu là phương pháp đưa ống thông qua đường niệu đạo vào bàng quang lấy nước tiểu ra ngoài nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị.
* Làm giảm sự khó chịu và căng quá mức do ứ đọng nước tiểu trong bàng quang.
* Đo lường khối lượng và tính chất nước tiểu lưu trú trong bàng quang.
* Lấy mẫu nước tiểu để xét nghiệm.
* Làm sạch bàng quang trong những trường hợp cần thiết như trước và sau phẫu thuật
* Theo dõi lượng nước tiểu liên tục ở người bệnh nặng nằm tại các khoa Hồi sức tích cực: suy thận cấp, sốc, ngộ độc, bỏng nặng…

1. **CHỈ ĐỊNH**

* Trường hợp Người bệnh bí tiểu do nhiều nguyên nhân (bệnh lý liệt cơ vòng cổ bàng quang, do dùng thuốc an thần, dãn cơ..)
* Rối loạn tiểu kéo dài: tiểu không tự chủ
* Vết thương loét, nhiễm trùng nặng vùng hậu môn trực tràng, âm đạo.
* Trước và sau các phẫu thuật.
* Lấy nước tiểu làm xét nghiệm giúp chẩn đoán và điều trị.
* Theo dõi số lượng nước tiểu trong các trường hợp sốc, suy thận cấp, Người bệnh dùng an thần giãn cơ ….

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chấn thương niệu đạo như dập, rách, đứt niệu đạo, nhiễm khuẩn niệu đạo mủ. U xơ tiền liệt tuyến gây bí tiểu hoàn toàn

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện:** Bác sỹ, điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu.

* Rửa tay bằng dung dịch cồn sát khuẩn tay nhanh
* Đội mũ, đeo khẩu trang.
* Đi găng sạch để vệ sinh, làm sạch lông bộ sinh dục, kê bô dẹt, vệ sinh nước xà phòng bộ phận sinh dục cho Người bệnh.
* Rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.

1. **Phương tiện, Dụng cụ**

**2.1.Vật tư tiêu hao**

* + Ống thông bàng quang kích cỡ phù hợp : 01 cái
  + Găng sạch : 01 đôi
  + Găng vô khuẩn : 01 cái
  + Khay quả đậu vô khuẩn
  + Panh vô khuẩn
  + Ống cắm panh
  + Khay quả đậu sạch
  + Bát kền
  + Panh
  + Kéo
  + Xăng có lỗ : 01 cái
  + Túi dẫn lưu nước tiểu : 01 cái
  + Gạc củ ấu vô khuẩn
  + Gạc miếng vô khuẩn
  + Natriclorua 0,9%
  + Dung dịch sát khuẩn iode (Povidin) 10%
  + Bơm tiêm 20ml : 01 cái
  + Dầu parafin
  + Xà phòng diệt khuẩn
  + Lưỡi dao cạo
  + Bình phong
  + Ống xét nghiệm (nếu cần)
  + Bô dẹt
  + Tấm nilon 40 x 60 cm
  + Mũ : 02 cái
  + Khẩu trang : 02 cái
  + Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
  + Xà phòng diệt khuẩn tay
  + Dung dịch khử khuẩn sơ bộ
  + Máy theo dõi
  + Cáp điện tim
  + Cáp đo SPO2
  + Cáp đo huyết áp liên tục
  + Bao đo huyết áp

**2.2. Dụng cụ cấp cứu**

Bộ dụng cụ chống sốc.

1. **Người bệnh**

* Thông báo giải thích cho Người bệnh và gia đình về mục địch của việc đặt ống thông bàng quang và yêu cầu sự hợp tác của gia đình người bệnh.
* Che bình phong
* Người bệnh nằm ngửa, cởi quần, bộc lộ vùng lỗ niệu đạo, đắp ga.
* Trải nilon dưới mông, được vệ sinh bộ phận sinh dục (như trên)

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
   1. **Kiểm tra dụng cụ, đưa tới giường bệnh**
      * Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng tiệt khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.
      * Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang.
      * Đưa dụng cụ đến giường để ở nơi thuận tiện.
      * Mở bộ dụng cụ, đổ dung dịch sát khuẩn iode 10% vào bát kền
      * Tư thế và Người bệnh đã được chuẩn bị sẵn, mở ga đắp để lộ bộ phận sinh dục.
   2. **Sát khuẩn vệ sinh vùng sinh dục niệu đạo**

* Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh, đi găng sạch.
* Dùng kìm kẹp gạc củ ấu sát khuẩn bộ phận sinh dục và lỗ tiểu từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài cho đến khi sạch bằng dung dịch Povidin.
* Điều dưỡng tháo bỏ găng sạch, sát khuẩn tay bằng cồn rửa tay nhanh
  1. **Đặt ống thông tiểu vô trùng**
* Đi găng vô trùng
* Trải săng có lỗ.
* Lấy bơm tiêm 20 ml hút nước muối 0,9%
* Đặt khay quả đậu đã hấp tiệt khuẩn vào giữa 2 đùi người bệnh để đựng nước tiểu.
* Nối ống thông tiểu với túi dẫn lưu.
* Bôi paraphin vào đầu ống thông tiểu 5-6cm
* Một tay trái bộc lộ lỗ niệu đạo
* Sát trùng lại lỗ niệu đạo bằng Povidin 10%.
* Tay phải cầm ống thông và nhẹ nhàng đưa ống thông qua niệu đạo vào bàng quang:

+ Đối với Người bệnh nam: Tay phải cầm ống thông, tay trái nâng dương vật thẳng góc với thành bụng, đưa vào lỗ niệu đạo khoảng 10 cm, thấy vướng hạ dương vật xuống song song với thành bụng, tiếp tục đưa vào khoảng 10-15 cm thấy nước tiểu ra đẩy sâu thêm khoảng 3-5cm.

+ Đối với Người bệnh nữ: Tay trái bộc lộ lỗ niệu đạo, tay phải cầm ống

thông đưa nhẹ nhàng vào niệu đạo 4-5 cm thấy nước tiểu ra đẩy thêm vào 3-5 cm.

* Khi ống thông đã vào sâu trong bàng quang mới được bơm bóng chèn bằng NaCl 0,9% theo thể tích ghi trên ống thông, kéo nhẹ ra đến khi thấy vướng.
* Dùng gạc lau khô bộ phận sinh dục và đầu lỗ niệu đạo.
* Bỏ săng
* Dùng gạc tẩm Povidin quấn kín vị trí nối giữa ống thông với túi nước tiểu(đối với Người bệnh nam quấn thêm gạc tẩm Povidin quanh đầu dương vật)
* Dùng băng dính cố định ống thông vào đùi Người bệnh, túi đựng nước tiểu luôn đặt ở vị trí thấp hơn giường của Người bệnh
* Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
* Đặt Người bệnh tư thế thích hợp, đắp ga, mặc lại quần áo cho Người bệnh (nếu cần), ghi ngày đặt thông.
* Ghi bảng theo dõi.
* Trường hợp chỉ định rút thông bàng quang ngay: khi nước tiểu ra hết, rút hết nước ở bóng chèn, gập đuôi ống thông và vừa rút ra vừa cuộn gọn bỏ vào khay quả đậu hoặc túi đựng
* Nếu lấy nước tiểu để xét nghiệm: bỏ nước tiểu đầu khi mới chảy ra, lấy nước tiểu giữa dòng.

1. **THEO DÕI**
   1. **Trong khi làm thủ thuật**
      * Khi đưa ống thông vào niệu đạo thấy vướng chú ý không cố đưa vào, báo bác sĩ.
      * Chảy máu niệu đạo trong khi làm thủ thuật
      * Ống thông không đi vào bàng quang: dừng thủ thuật baó bác sĩ.
      * Bàng quang căng quá to không nên tháo ra một lần mà phải tháo ra từ từ tránh gây xuất huyết.
      * Thủng bóng chèn, kiểm tra bằng cách kéo ống thông bớt ra tới khi mắc sau bơm bóng
   2. **Sau tiến hành thủ thuật**
      * Không nên thông tiểu nhiều lần trong ngày
      * Sau 7 ngày đặt thông bàng quang nếu còn chỉ định lưu thông báo bác sĩ để thay ống thông hoặc thay khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn như cặn mủ, chảy máu.
2. **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ:**
3. **Tai biến trong khi tiến hành thủ thuật**
   * Chảy máu, chấn thương niệu đạo bàng quang: dừng thủ thuật, báo bác sĩ, đánh giá tổn thương, theo dõi các dấu hiện sinh tồn và cầu bàng quang, tình trạng chảy máu.
4. **Tai biến sau khi tiến hành thủ thuật**
   * Nhiễm khuẩn bệnh viện ngược dòng.
   * Tắc ống thông do chảy máu và cục máu đông
   * Chấn thương, rách niệu đạo, tổn thương bàng quang.
   * Đứt rách đầu bàng quang do Người bệnh giật rách ống thông

# HỒI SỨC CHỐNG SỐC (SỐC PHẢN VỆ)

**A. HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ**

**I. Nguyên tắc chung**

1. Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.

2. Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.

3. **Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ,** phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.

4. Ngoài hướng dẫn này, đối với một số trường hợp đặc biệt còn phải xử trí theo hướng dẫn tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

**II. Xử trí phản vệ nhẹ** (độ I): dị ứng nhưng có thể chuyển thành nặng hoặc nguy kịch

1. Sử dụng thuốc methylprednisolon hoặc diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.

2. Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

**III. Phác đồ xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch (độ II, III)**

Phản vệ độ II có thể nhanh chóng chuyển sang độ III, độ IV. Vì vậy, phải khẩn trương, xử trí đồng thời theo diễn biến bệnh:

1. Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).

2. Tiêm hoặc truyền adrenalin (theo mục IV dưới đây).

3. Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.

4. Thở ô xy: người lớn 6-101/phút, trẻ em 2-41/phút qua mặt nạ hở.

5. Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.

a) Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).

b) Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).

6. Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch với dây truyền thông thường nhưng kim tiêm to (cỡ 14 hoặc 16G) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh (theo mục IV dưới đây).

7. Hội ý với các đồng nghiệp, tập trung xử lý, báo cáo cấp trên, hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa cấp cứu, hồi sức và/hoặc chuyên khoa dị ứng (nếu có).

**IV. Phác đồ sử dụng adrenalin và truyền dịch**

Mục tiêu: nâng và duy trì ổn định HA tối đa của người lớn lên ≥ 90mmHg, trẻ em ≥ 70mmHg và không còn các dấu hiệu về hô hấp như thở rít, khó thở; dấu hiệu về tiêu hóa như nôn mửa, ỉa chảy.

1. Thuốc adrenalin 1mg = 1ml = 1 ống, tiêm bắp:

a) Trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10kg: 0,2ml (tương đương 1/5 ống).

b) Trẻ khoảng 10 kg: 0,25ml (tương đương 1/4 ống).

c) Trẻ khoảng 20 kg: 0,3ml (tương đương 1/3 ống).

d) Trẻ > 30kg: 0,5ml (tương đương 1/2 ống).

e) Người lớn: 0,5-1 ml (tương đương 1/2-1 ống).

2. Theo dõi huyết áp 3-5 phút/lần.

3. Tiêm nhắc lại adrenalin liều như khoản 1 mục IV 3-5 phút/lần cho đến khi huyết áp và mạch ổn định.

4. Nếu mạch không bắt được và huyết áp không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2-3 lần tiêm bắp như khoản 1 mục IV hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn phải:

a) Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch: Tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch adrenalin 1/10.000 (1 ống adrenalin 1mg pha với 9ml nước cất = pha loãng 1/10). Liều adrenalin tiêm tĩnh mạch chậm trong cấp cứu phản vệ chỉ bằng 1/10 liều adrenalin tiêm tĩnh mạch trong cấp cứu ngừng tuần hoàn. Liều dùng:

- ***Người lớn:*** 0,5-1 ml (dung dịch pha loãng 1/10.000=50-100µg) tiêm trong 1-3 phút, sau 3 phút có thể tiêm tiếp lần 2 hoặc lần 3 nếu mạch và huyết áp chưa lên. Chuyển ngay sang truyền tĩnh mạch liên tục khi đã thiết lập được đường truyền.

- ***Trẻ em:*** Không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm.

b) Nếu đã có đường truyền tĩnh mạch, truyền tĩnh mạch liên tục adrenalin (pha adrenalin với dung dịch natriclorid 0,9%) cho người bệnh kém đáp ứng với adrenalin tiêm bắp và đã được truyền đủ dịch. Bắt đầu bằng liều 0,1 µg/kg/phút, cứ 3-5 phút điều chỉnh liều adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh.

c) Đồng thời với việc dùng adrenalin truyền tĩnh mạch liên tục, truyền nhanh dung dịch natriclorid 0,9% 1.000ml-2.000ml ở người lớn, 10-20ml/kg trong 10-20 phút ở trẻ em có thể nhắc lại nếu cần thiết.

5. Khi đã có đường truyền tĩnh mạch adrenalin với liều duy trì huyết áp ổn định thì có thể theo dõi mạch và huyết áp 1 giờ/lần đến 24 giờ.

**Bảng tham khảo cách pha loãng adrenalin với dung dịch Nacl 0,9% và tốc độ truyền tĩnh mạch chậm**

01 ống adrenalin 1mg pha với 250ml Nacl 0,9% (như vậy 1ml dung dịch pha loãng có 4µg adrenalin)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cân nặng người bệnh (kg) | Liều truyền tĩnh mạch adrenalin khởi đầu (0,1µg/kg/phút) | Tốc độ (giọt/phút) với kim tiêm 1 ml=20 giọt |
| Khoảng 80 | 2ml | 40 giọt |
| Khoảng 70 | 1,75ml | 35 giọt |
| Khoảng 60 | 1,50ml | 30 giọt |
| Khoảng 50 | 1,25ml | 25 giọt |
| Khoảng 40 | 1ml | 20 giọt |
| Khoảng 30 | 0,75ml | 15 giọt |
| Khoảng 20 | 0,5ml | 10 giọt |
| Khoảng 10 | 0,25ml | 5 giọt |

**V. Xử trí tiếp theo**

1. Hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn: Tùy mức độ suy tuần hoàn, hô hấp có thể sử dụng một hoặc các biện pháp sau đây:

a) Thở oxy qua mặt nạ: 6-10 lít/phút cho người lớn, 2-4 lít/phút ở trẻ em,

b) Bóp bóng AMBU có oxy,

c) Đặt ống nội khí quản thông khí nhân tạo có ô xy nếu thở rít tăng lên không đáp ứng với adrenalin,

d) Mở khí quản nếu có phù thanh môn-hạ họng không đặt được nội khí quản,

đ) Truyền tĩnh mạch chậm: aminophyllin 1mg/kg/giờ hoặc salbutamol 0,1 µg/kg/phút hoặc terbutalin 0,1 µg/kg/phút (tốt nhất là qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch),

e) Có thể thay thế aminophyllin bằng salbutamol 5mg khí dung qua mặt nạ hoặc xịt họng salbutamol 100µg người lớn 2-4 nhát/lần, trẻ em 2 nhát/lần, 4-6 lần trong ngày.

2. Nếu không nâng được huyết áp theo mục tiêu sau khi đã truyền đủ dịch và adrenalin, có thể truyền thêm dung dịch keo (huyết tương, albumin hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có).

3. Thuốc khác:

- Methylprednisolon 1-2mg/kg ở người lớn, tối đa 50mg ở trẻ em hoặc hydrocortison 200mg ở người lớn, tối đa 100mg ở trẻ em, tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở).

- Kháng histamin H1 như diphenhydramin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch: người lớn 25-50mg và trẻ em 10-25mg.

- Kháng histamin H2 như ranitidin: ở người lớn 50mg, ở trẻ em 1mg/kg pha trong 20ml Dextrose 5% tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.

- Glucagon: sử dụng trong các trường hợp tụt huyết áp và nhịp chậm không đáp ứng với adrenalin. Liều dùng: người lớn 1-5mg tiêm tĩnh mạch trong 5 phút, trẻ em 20-30µg/kg, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 5-15µg/phút tùy theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon thường gây nôn.

- Có thể phối hợp thêm các thuốc vận mạch khác: dopamin, dobutamin, noradrenalin truyền tĩnh mạch khi người bệnh có sốc nặng đã được truyền đủ dịch và adrenalin mà huyết áp không lên.

**VI. Theo dõi**

1. Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpCO2 và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.

2. Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 và tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.

3. Tất cả các người bệnh phản vệ cần được theo dõi ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đến ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định và đề phòng phản vệ pha 2.

4. Ngừng cấp cứu: nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả./.

**B. HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ PHẢN VỆ TRONG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT**

**I. Phản vệ trên đối tượng sử dụng thuốc đặc biệt**

**1. Phản vệ trên người đang dùng thuốc chẹn thụ thể Beta:**

a) Đáp ứng của người bệnh này với adrenalin thường kém, làm tăng nguy cơ tử vong.

b) Điều trị: về cơ bản giống như phác đồ chung xử trí phản vệ, cần theo dõi sát huyết áp, truyền tĩnh mạch adrenalin và có thể truyền thêm các thuốc vận mạch khác.

c) Thuốc giãn phế quản: nếu thuốc cường beta 2 đáp ứng kém, nên dùng thêm kháng cholinergic: ipratropium (0,5mg khí dung hoặc 2 nhát đường xịt).

d) Xem xét dùng glucagon khi không có đáp ứng với adrenalin.

**2. Phản vệ trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật:**

a) Những trường hợp này thường khó chẩn đoán phản vệ vì người bệnh đã được gây mê, an thần, các biểu hiện ngoài da có thể không xuất hiện nên không đánh giá được các dấu hiệu chủ quan, cần đánh giá kỹ triệu chứng trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật như huyết áp tụt, nồng độ oxy máu giảm, mạch nhanh, biến đổi trên monitor theo dõi, ran rít mới xuất hiện.

b) Ngay khi nghi ngờ phản vệ, có thể lấy máu định lượng tryptase tại thời điểm chẩn đoán và mức tryptase nền của bệnh nhân.

c) Chú ý khai thác kỹ tiền sử dị ứng trước khi tiến hành gây mê, gây tê phẫu thuật để có biện pháp phòng tránh.

d) Lưu ý: một số thuốc gây tê là những hoạt chất ưa mỡ (lipophilic) có độc tính cao khi vào cơ thể gây nên một tình trạng ngộ độc nặng giống như phản vệ có thể tử vong trong vài phút, cần phải điều trị cấp cứu bằng thuốc kháng độc (nhũ dịch lipid) kết hợp với adrenalin vì không thể biết được ngay cơ chế phản ứng là nguyên nhân ngộ độc hay dị ứng.

đ) Dùng thuốc kháng độc là nhũ dịch lipid tiêm tĩnh mạch như Lipofundin 20%, Intralipid 20% tiêm nhanh tĩnh mạch, có tác dụng trung hòa độc chất do thuốc gây tê tan trong mỡ vào tuần hoàn. Liều lượng như sau:

- Người lớn: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 100ml, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.

- Trẻ em: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 2ml/kg, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.

Trường hợp nặng, nguy kịch có thể tiêm 2 lần bolus cách nhau vài phút.

**3. Phản vệ với thuốc cản quang:**

a) Phản vệ với thuốc cản quang xảy ra chủ yếu theo cơ chế không dị ứng.

b) Khuyến cáo sử dụng thuốc cản quang có áp lực thẩm thấu thấp và không ion hóa (tỷ lệ phản vệ thấp hơn).

**II. Các trường hợp đặc biệt khác**

**1. Phản vệ do gắng sức**

a) Là dạng phản vệ xuất hiện sau hoạt động gắng sức.

b) Triệu chứng điển hình: bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, kiệt sức, nóng bừng, đỏ da, ngứa, mày đay, có thể phù mạch, khò khè, tắc nghẽn đường hô hấp trên, trụy mạch. Một số bệnh nhân thường chỉ xuất hiện triệu chứng khi gắng sức có kèm thêm các yếu tố đồng kích thích khác như: thức ăn, thuốc chống viêm giảm đau không steroid, rượu, phấn hoa.

c) Người bệnh phải ngừng vận động ngay khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Người bệnh nên mang theo người hộp thuốc cấp cứu phản vệ hoặc bơm tiêm adrenalin định liều chuẩn (EpiPen, AnaPen...). Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

d) Gửi khám chuyên khoa Dị ứng-miễn dịch lâm sàng sàng lọc nguyên nhân.

**2. Phản vệ vô căn**

a) Phản vệ vô căn được chẩn đoán khi xuất hiện các triệu chứng phản vệ mà không xác định được nguyên nhân.

b) Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

c) Điều trị dự phòng: được chỉ định cho các bệnh nhân thường xuyên xuất hiện các đợt phản vệ (> 6 lần/năm hoặc > 2lần/2 tháng).

d) Điều trị dự phòng theo phác đồ:

- Prednisolon 60-100mg/ngày x 1 tuần, sau đó

- Prednisolon 60mg/cách ngày x 3 tuần, sau đó

- Giảm dần liều prednisolon trong vòng 2 tháng

- Kháng H1: cetirizin 10mg/ngày, loratadin 10mg/ngày..../.

*(Trích Thông tư 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế)*

# QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẦM MÁU VẾT THƯƠNG CHẢY MÁU

1. **ĐẠI CƯƠNG**

* Tất cả các vết thương đều ít nhiều có chảy máu.
* Mục đích của cầm máu vết thương là:

+ Nhanh chóng làm ngừng chảy máu để hạn chế mất máu (vì mất nhiều máu sẽ gây sốc nặng cho người bị thương).

+ Làm ngừng chảy máu nhưng phải thực hiện đúng nguyên tắc, đúng kỹ thuật thì mới bảo tồn được chi thể, bảo tồn được tính mạng người bị thương.

* Căn cứ vào mạch máu bị tổn thương mà phân chia thành 3 loại:

+ Chảy máu mao mạch

+ Chảy máu tĩnh mạch

+ Chảy máu động mạch

1. **CHỈ ĐỊNH**

* Các loại vết thương còn đang tiếp tục chảy máu

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* Không có chống chỉ định tuyệt đối khi cầm máu các vết thương đang chảy máu. Tuy nhiên cần hạn chế sử dụng garo cầm máu với các vết thương chảy máu nhẹ

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

**-** Bác sỹ chuyên khoa chấn thương hoặc bác sỹ đa khoa hoặc điều dưỡng đã

được tập huấn các kỹ thuật cầm máu.

* Rửa tay bằng xà phòng vô khuẩn, khử khuẩn tay, đi găng, đội mũ và mặc áo vô khuẩn.

1. **Dụng cụ**

* Bông vô khuẩn
* Các loại gạc vô khuẩn
* Dây garo
* Băng cuộn
* Kẹp Kocher
* Kim và chỉ khâu da
* Thuốc gây tê tại chỗ Xylocain 2%
* Cồn sát trùng
* Dây oxy và bình oxy
* Dịch truyền và dây truyền dịch
* Huyết thanh uốn ván.

1. **Người bệnh**

* Được giải thích về kỹ thuật cầm máu sắp tiến hành.
* Nằm đầu thấp, thở oxy và đặt đường truyền tĩnh mạch nếu chảy máu nặng.

1. **Nơi thực hiện**

* Tại phòng thủ thuật vô khuẩn hoặc phòng mổ nếu chảy máu nặng.

1. **Hồ sơ bệnh án theo quy định**, người bệnh cần làm đầy đủ các xét nghiệm về công thức máu, đông máu cơ bản... Nếu trường hợp chảy máu cấp thì cần tiến hành cầm máu ngay sau đó tiến hành làm xét nghiệm và điều trị các rối loạn đông máu nếu có sau.
2. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**-** Kiểm tra lại hồ sơ người bệnh

* Khám và đánh giá lại tình trạng vết thương và mức độ chảy máu
* Gây tê tại chỗ vết thương nếu người bệnh đau nhiều hoặc vết thương phải khâu.

1. **Vết thương chảy máu từ tĩnh mạch hoặc mao mạch:**

* Bước 1: Sát khuẩn vết thương. Xác định vị trí chảy máu, kiểm tra tới đáy của vết thương.
* Bước 2: Nếu vết thương từ tĩnh mạch có thể kẹp và buộc thắt tĩnh mạch để cầm máu.
* Bước 3: Khâu vết thương tới đáy của vết thương bằng các mũi chỉ rời nếu vết thương rộng
* Bước 4: Sát khuẩn lại và băng ép bằng gạc và băng cuộn.

Với các vết thương chảy máu từ mao mạch hoặc vết thương nhỏ chỉ cần băng ép cầm máu là đủ.

1. **Vết thương chảy máu từ động mạch**

* Bước 1: Sát khuẩn vết thương. Xác định vị trí chảy máu hoặc động mạch bị tổn thương.
* Bước 2: Ấn động mạch

Dùng ngón tay ấn đè chặt vào động mạch trên đường đi của nó từ tim đến vết thương.Tùy theo mức độ tổn thương và vị trí ấn mà dùng ngón tay hoặc cả nắm tay để ấn động mạch. Thời gian ấn trung bình từ 15- 30 phút sau khi kiểm tra máu đã cầm tạm thời.

* Bước 3 Sử dụng băng chèn

Là băng ép được buộc chặt tạo thành con chèn đặt lên các vị trí ấn động mạch sau khi đã ấn cầm máu tạm thời, sau đó băng cố định con chèn bằng nhiều vòng băng xiết.

1. **Các vết thương động mạch ở sâu**, giữa các kẽ xương, vết thương vùng cổ, vùng chậu không thể băng ép được ta dùng cách nhét gạc ( Mècher) vào vết thương rồi khâu vết thương tạm thời để cầm máu sau đó chuyển đến cơ sở chuyên khoa xét phẫu thuật cầm máu.
2. **Garo trong vết thương chảy máu nặng**

* Chỉ định đặt garô:

+ Vết thương bị cụt chi hoặc chi bị đứt gần lìa.

+ Chi bị giập nát quá nhiều tiên lượng không thể bảo tồn được.

+ Vết thương tổn thương mạch máu đã áp dụng những biện pháp cầm máu tạm thời trên mà không có kết quả.

* Cách đặt garô:

Bước1: Ấn động mạch ở phía trên vết thương để tạm thời cầm máu. Bước 2: Lót vải hoặc gạc ở chỗ định đặt garô hoặc dùng ngay ống quần, ống tay áo để lót.

Bước 3: Đặt garô và xoắn dần (nếu là dây vải), bỏ tay ấn động mạch rồi vừa xoắn vừa theo dõi mạch ở dưới hoặc theo dõi máu chảy ở vết thương. Nếu mạch ngừng đập hoặc máu ngừng chảy là được. Khi đã xoắn vừa đủ chặt thì cố định que xoắn. Nếu là dây cao su thì chỉ cần cuốn nhiều vòng tương đối chặt rồi buộc cố định.

Bước 4: Băng ép vết thương và làm các thủ tục hành chính cần thiết chuyển

người bệnh đến cơ sở có khả năng phẫu thuật cầm máu.

1. **THEO DÕI**

* Tình trạng chảy máu của vết thương, mức độ thấm máu vào băng, gạc.
* Mạch, huyết áp, nhiệt độ phát hiện tình trạng chảy máu tiếp diễn, điều chỉnh rối loạn đông máu nếu có.
* Đánh giá tình trạng tưới máu ở đầu chi băng ép
* Với các vết thương garo cần theo dõi thời gian garo, thời gian vận chuyển và thời gian nới garo.

1. **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**
2. Vết thương vẫn tiếp tục chảy máu: Cần tháo bỏ băng ép, kiểm tra lại vị trí chảy máu và cầm máu lại vết thương.
3. Thiếu máu đầu chi băng ép: Người bệnh đau tức, đầu chi băng ép tím. Cần nới bớt băng ép hoặc nới garo mỗi 30 phút

# TIÊM TRUYỀN THUỐC

**A. KỸ THUẬT TIÊM THUỐC:**

**I. MỤC ĐÍCH**

Đưa thuốc vào cơ thể qua da để tạo một tác dụng nhanh chóng, gồm các đường tiêm:

- Tiêm tĩnh mạch

- Tiêm bắp

- Tiêm dưới da

- Tiêm trong da

**II. CHỈ ĐỊNH**

Trong những trường hợp:

- Cấp cứu

- Bệnh nặng, cần tác dụng cấp thời

- Người bệnh nôn ói nhiều.

- Người bệnh mất phản xạ nuốt hoặc liệt nửa mặt làm ảnh hưởng đến phản xạ nuốt.

- Cần tác dụng tại chỗ.

- Thuốc không thể hấp thu qua đường tiêu hóa hoặc thuốc bị hủy hoại bởi dịch tiêu hóa.

- Thử kháng nguyên (vi khuẩn lao, yếu tố dị ứng,…)

**III.QUI TRÌNH KỸ THUẬT**

**1. Nhận định**

- Tri giác, dấu sinh hiệu: chú ý mạch: tần số, nhịp điệu (đều, không đều), biên độ, huyết áp (chỉ số, bình thường hay cao huyết áp)?

- Tổng trạng: mập, gầy, trung bình (dựa vào chỉ số BMI).

- Tình trạng bệnh lý hiện tại? lý do sử dụng thuốc qua đường tiêm?

- Tình trạng bệnh lý kèm theo? Các bệnh lý liên quan đến việc dùng thuốc tiêm.

- Da niêm: màu sắc, tính chất (da khô? hay ẩm), sự nguyên vẹn của da, độ đàn hồi của da, tình trạng phù, vị trí, tính chất, nhận định lớp mỡ dưới da?

- Các vấn đề bất thường của người bệnh: người bệnh có đau, ngưỡng chịu đau (thang điểm đau), những khó chịu khác liên quan đến tình trạng bệnh lý.

- Tình trạng dinh dưỡng: ăn uống tốt, kém? ăn kiêng? chế độ ăn có phù hợp với bệnh lý và thuốc đang dùng?

- Có rối loạn tiêu hóa liên quan đến thuốc đang dùng?

- Tình trạng vận động? tay thuận, tình trạng cơ, bắp thịt: teo cơ, yếu cơ, người bệnh có yếu liệt, chi bên nào?

- Tâm lý: thoải mái, hợp tác hay không?

- Nhận định về thuốc đang dùng: tên thuốc, biệt dược? tính chất của thuốc? đường dùng? hàm lượng? liều lượng, thời gian tác dụng, thời gian bán hủy? đường đào thải của thuốc? chỉ định điều trị? tương tác thuốc, tác dụng phụ?

- Nhận định về các xét nghiệm CLS về chức năng gan, thận, đông máu, điện giải đồ, CTM.

- Kiến thức và sự hiểu biết của người bệnh về dùng thuốc?

- Nhận định về tiền sử: có dị ứng thuốc? loại gì? tiền sử hen?,dị ứng thức ăn? tiền sử bệnh lý, thói quen sinh hoạt? sự lệ thuộc thuốc hay nghiện thuốc của người bệnh?

**2. Chuẩn bị dụng cụ**

**Dụng cụ vô khuẩn:**

- Thuốc ống hoặc thuốc lọ (dung môi pha thuốc nếu cần) theo đúng y lệnh.

- Gòn khô vô khuẩn.

- Gòn cồn (cồn iode hoặc cồn 70 độ) vô khuẩn.

- Bơm tiêm.

- Kim pha thuốc ( nếu cần).

- Hộp thuốc chống shock đủ cơ số.

**Dụng cụ sạch:**

- Phiếu thuốc.

- Dây thắt mạch (garrot) nếu tiêm tĩnh mạch.

- Găng tay sạch.

- Gối kê tay ( nếu cần).

**3.4. Qui trình kỹ thuật tiêm tĩnh mạch**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Nội dung** | **Lượng giá** | |
| **Đạt** | **Không đạt** |
| 1 | Nhận định tình trạng người bệnh. |  |  |
| 2 | Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ và phù hợp. |  |  |
| 3 | Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích. |  |  |
| 4 | Để lộ vùng tiêm. |  |  |
| 5 | Xác định vị trí tiêm: tìm tĩnh mạch to, rõ, mềm mại, ít di động. |  |  |
| 6 | Rửa tay, mang găng tay sạch. |  |  |
| 7 | Buộc dây thắt mạch (garrot) phía trên vị trí tiêm 10 đến 15 cm. |  |  |
| 8 | Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài 5 cm (hoặc từ dưới lên dọc theo tĩnh mạch rộng từ trong ra ngoài). |  |  |
| 9 | Đuổi khí. |  |  |
| 10 | Để mặt vát kim lên trên, căng da, đâm kim góc 30- 40 độ qua da và luồn vào tĩnh mạch. |  |  |
| 11 | Rút nòng kiểm tra có máu, tháo garrot. |  |  |
| 12 | Bơm thuốc chậm, quan sát sắc diện người bệnh. |  |  |
| 13 | Rút kim theo hướng đâm vào. |  |  |
| 14 | Ấn gòn giữ chặt vào vị trí lỗ kim đâm cho đến khi không còn chảy máu. |  |  |
| 15 | Cố định kim an toàn. |  |  |
| 16 | Báo giải thích cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi. |  |  |
| 17 | Thu dọn dụng cụ, xử lý chầt thải lây nhiễm đúng cách. |  |  |
| 18 | Ghi hồ sơ. |  |  |
| **Kết quả** | |  |  |

**B. KỸ THUẬT TIÊM TRUYỀN DUNG DỊCH**

**I. MỤC ĐÍCH:**

- Bồi hoàn nước và điện giải, hồi phục tạm thời khối lượng tuần hoàn trong cơ thể.

-Thay thế tạm thời lượng máu bị mất

- Nuôi dưỡng cơ thể

- Đem thuốc vào cơ thể với số lượng nhiều trực tiếp vào máu.

- Duy trì nồng độ thuốc kéo dài nhiều giờ trong máu

- Mục đích khác: giải độc, lợi tiểu, mở thông đường tĩnh mạch,....

**II. CHỈ ĐỊNH:**

- Người bệnh bị giảm khối lượng tuần hoàn do mất dịch: tiêu chảy, bỏng,...

- Người bệnh mất máu cấp : tai nạn, XHTH.

- Người bệnh bị choáng, sốc,...

- Người bệnh bị suy dinh dưỡng

- Người bệnh cần dùng một số lượng lớn thuốc hoặc duy trì đều trong cơ thể

- Người bệnh bị ngộ độc

- Người bệnh chuẩn bị phẩu thuật.

**III. QUI TRÌNH KỸ THUẬT:**

**1.Nhận định:**

-Tuổi, giới tính

- Tổng trạng: BMI, dấu sinh hiệu.

- Tình trạng bệnh hiện tại? Lý do dùng thuốc qua lòng mạch?

- Tình trạng bệnh lý kèm theo: yếu liệt? Vận động? Đang dùng thuốc các loại liên quan đến tình trạng miễn dịch của cơ thể như xạ trị, hóa trị,...

- Kiểm tra lại y lệnh: loại dịch, lượng dịch, thuốc pha vào dịch truyền (nếu có), tốc độ chảy...

- Cận lâm sàng: các xét nghiệm về chức năng gan, thận, CTM, Hct,...

- Tiền sử dị ứng thuốc và các loại thức ăn.

- Tình trạng tĩnh mạch ngoại biên.

- Có đang sử dụng liệu pháp dùng thuốc qua lòng mạch: đang dùng kim luồn, đang có hệ thống tĩnh mạch trung tâm chích từ ngoại biên( PICC), hệ thống tĩnh mạch trung tâm( CVP),..

- Tâm lý có thoải mái? Hợp tác?

- Nhận định kiến thức về qui trình sử dụng liệu pháp truyền dịch, lý do.

**2. Chuẩn bị dụng cụ:**

**Dụng cụ vô khuẩn:**

- Dịch truyền theo y lệnh.

- Bộ dây truyền.

- Băng trong suốt hoặc băng keo cá nhân.

- Gòn cồn vô khuẩn.

- Hộp thuốc chống sốc đủ cơ số.

**Dụng cụ sạch:**

- Phiếu truyền dịch

- Dây thắt mạch (garrot)

- Bồn hạt đậu

- Gối kê tay (nếu cần)

- Máy đo HA, ống nghe.

- Găng tay sạch.

- Băng keo

- Trụ treo

- Đồng hồ có kim giây.

**3. Qui trình kỹ thuật:**

**3.1. Qui trình kỹ thuật tiêm truyền dung dịch bằng kim loại**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Nội dung** | **Lượng giá** | |
| **Đạt** | **Không đạt** |
| 1 | Nhận định tình trạng người bệnh. |  |  |
| 2 | Vệ sinh tay thường qui. |  |  |
| 3 | Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ và phù hợp. |  |  |
| 4 | Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích. |  |  |
| 5 | Chuẩn bị tư thế người bệnh phù hợp và thoải mái |  |  |
| 6 | Đo HA, đếm mạch, cho người bệnh tiêu tiểu nếu được). |  |  |
| 7 | Chọn tĩnh mạch to, rõ, ít di động. |  |  |
| 8 | Vệ sinh tay thường qui. |  |  |
| 9 | Lấy dịch truyền và thuốc theo y lệnh (đọc nhãn thuốc lần 1). |  |  |
| 10 | Mở nắp chai dịch, sát khuẩn nắp chai dịch truyền, để khô (đọc nhãn thuốc lần 2). |  |  |
| 11 | Kiểm tra bộ dây truyền: loại dây, tốc độ giọt, hạn dùng, sự nguyên vẹn. |  |  |
| 12 | Khóa dây dịch truyền, cắm dây dịch truyền vào chai. |  |  |
| 13 | Treo chai lên trụ, bóp bầu đếm giọt cho dịch vào 1/3 – 1/2 bầu đếm giọt, mở bộ phận dẫn khí. |  |  |
| 14 | Mở nắp che kim, đuổi khí vào bồn hạt đậu, khóa lại, đậy nắp che kim (thay kim khi cần) để kim ở vị trí an toàn. |  |  |
| 15 | Để lộ vùng tiêm, kê gối kê tay (nếu cần). |  |  |
| 16 | Vệ sinh tay thường qui, mang găng tay. |  |  |
| 17 | Buộc garrot cách vị trí tiêm 10- 15 cm. |  |  |
| 18 | Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài 5 cm ( hoặc từ dưới lên dọc theo tĩnh mạch rộng từ trong ra ngoài). |  |  |
| 19 | Để mặt vát kim lên trên, căng da, đâm kim góc 30- 40 độ qua da và luồn vào tĩnh mạch. |  |  |
| 20 | Bóp phần cao su của dây truyền kiểm tra có máu, tháo garrot. |  |  |
| 21 | Mở khóa cho dịch chảy tốc độ chậm. |  |  |
| 22 | Cố định đốc kim, che kim bằng băng vô khuẩn. |  |  |
| 23 | Cố định dây truyền. |  |  |
| 24 | Tháo găng tay, vệ sinh tay thường qui. |  |  |
| 25 | Điều chỉnh giọt theo y lệnh. |  |  |
| 26 | Dán nhãn ghi nhận ngày giờ truyền dịch, thuốc pha. |  |  |
| 27 | Dặn người bệnh những điều cần thiết. |  |  |
| 28 | Báo cho người bệnh biết việc đã xong, cho người bệnh nằm lại tư thế tiện nghi. |  |  |
| 29 | Thu dọn dụng cụ, xử lý chất thải lây nhiễm đúng cách. |  |  |
| 30 | Vệ sinh tay thường qui. |  |  |
| 31 | Ghi hồ sơ. |  |  |
| **Kết quả** | |  |  |

**3.2.Qui trình kỹ thuật tiêm truyền dung dịch bằng kim luồn**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Nội dung** | **Lượng giá** | |
| **Đạt** | **Không đạt** |
| 1 | Nhận định tình trạng người bệnh. |  |  |
| 2 | Vệ sinh tay thường qui. |  |  |
| 3 | Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ và phù hợp. |  |  |
| 4 | Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích. |  |  |
| 5 | Chuẩn bị tư thế người bệnh phù hợp và thoải mái |  |  |
| 6 | Đo HA, đếm mạch, cho người bệnh tiêu tiểu( nếu được). |  |  |
| 7 | Chọn tĩnh mạch to, rõ, ít di động. |  |  |
| 8 | Vệ sinh tay thường qui. |  |  |
| 9 | Lấy dịch truyền và thuốc theo y lệnh (đọc nhãn thuốc lần 1). |  |  |
| 10 | Mở nắp chai dịch, sát khuẩn nắp chai dịch truyền, để khô (đọc nhãn thuốc lần 2), pha thuốc vào chai dịch nếu có y lệnh. |  |  |
| 11 | Kiểm tra bộ dây truyền: loại dây, tốc độ giọt, hạn dùng, sự nguyên vẹn. |  |  |
| 12 | Khóa dây dịch truyền, cắm dây dịch truyền vào chai. |  |  |
| 13 | Treo chai lên trụ, bóp bầu đếm giọt cho dịch vào 1/3 – 1/2 bầu đếm giọt, mở bộ phận dẫn khí. |  |  |
| 14 | Mở nắp che kim, đuổi khí vào bồn hạt đậu, khóa lại, đậy nắp che kim( thay kim khi cần) để kim ở vị trí an toàn. |  |  |
| 15 | Để lộ vùng tiêm, kê gối kê tay (nếu cần). |  |  |
| 16 | Vệ sinh tay thường qui, mang găng tay. |  |  |
| 17 | Buột garrot cách vị trí tiêm 10- 15 cm. |  |  |
| 18 | Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài 5 cm. |  |  |
| 19 | Tay không thuận căng da, tay thuận cầm kim mặt vát lên trên, đâm xuyên qua da, hướng kim theo chiều tĩnh mạch, góc độ đâm kim từ 30- 40 độ tùy vào vị trí tĩnh mạch. |  |  |
| 20 | Xác định kim đã vào tĩnh mạch: Quan sát thấy máu chảy ngược vào chuôi kim. |  |  |
| 21 | Hạ góc độ kim xuống ngang mặt da, luồn kim vào lòng tĩnh mạch khoảng 5 mm. |  |  |
| 22 | Tay không thuận vẫn căng da và giữ chuôi kim, tay thuận đẩy phần nhựa của kim luồn vào lòng tĩnh mạch. |  |  |
| 23 | Tháo garrot. |  |  |
| 24 | Dùng ngón giữa/ áp út đè lên vị trí tĩnh mạch nơi đầu của phần nhựa kim luồn (cách vị trí tiêm 3cm) để hạn chế sự chảy máu. |  |  |
| 25 | Rút bỏ nòng kim luồn gắn đầu dây dịch truyền, mở khóa, cho chảy chậm. |  |  |
| 26 | Cố định chuôi kim luồn, che chở phần nhựa của kim luồn ló ra ngoài bằng băng vô khuẩn, cố định hệ thống dây dịch truyền. |  |  |
| 27 | Tháo găng tay, vệ sinh tay thường qui. |  |  |
| 28 | Điều chỉnh giọt theo y lệnh. |  |  |
| 29 | Dán nhãn ghi chú ngày giờ đặt kim luồn, ngày giờ truyền dịch. |  |  |
| 30 | Dặn người bệnh những điều cần thiết. |  |  |
| 31 | Báo cho người bệnh biết việc đã xong, cho người bệnh nằm lại tư thế tiện nghi. |  |  |
| 32 | Thu dọn dụng cụ, xử lý chất thải lây nhiễm đúng cách. |  |  |
| 33 | Vệ sinh tay thường qui. |  |  |
| 34 | Ghi hồ sơ. |  |  |
| **Kết quả** | |  |  |

**4.Ghi hồ sơ:**

- Ngày giờ tiêm truyền, ngày giờ kết thúc.

- Tên dung dịch truyền, hàm lượng, liều lượng, số giọt y lệnh trong 1 phút, thuốc pha( nếu có): tên thuốc, hàm lượng, liều lượng.

- Loại kim sử dụng

- Dấu sinh hiệu của người bệnh.

- Phản ứng của người bệnh( nếu có).

- Xử trí của điều dưỡng( nếu có).

- Tên người điều dưỡng thực hiện.

**IV.NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý:**

- Thận trong khi dùng cho người có vấn đề về thận, tim mạch, hô hấp.

- Lựa chọn cỡ kim phù hợp

|  |  |
| --- | --- |
| **Cỡ kim** | **Chỉ định lâm sàng** |
| 14,16,18 | Chấn thương, phẩu thuật, truyền máu. |
| 20 | Truyền dịch liên tục/ ngắt quãng, truyền máu |
| 22 | Truyền dịch liên tục/ ngắt quãng, trẻ em/ người lớn tuổi  Truyền máu/ sản phẩm của máu ở trẻ nhỏ/ sơ sinh. |
| 24 | Tĩnh mạch dễ vỡ  Truyền máu/ sản phẩm của máu ở trẻ nhỏ/ sơ sinh. |

- Phải áp dụng đúng kỹ thuật vô khuẩn.

- Phải đếm mạch, đo HA trước khi truyền dịch.

- Luôn giữ cho bầu đếm giọt chứa dịch 1/2-2/3 bầu.

- Tránh để bọt khí vào tĩnh mạch người bệnh.

- Giữ cho bộ phận lọc không bị ướt trong suốt quá trình truyền dịch.

- Quan sát người bệnh trong suốt thời gian tiêm truyền để phát hiện các dấu hiệu bất thường: 30-60 phút/ lần tùy theo tình trạng.

- Không nên cho dung dịch chảy quá nhanh vì có thể làm cho người bệnh bị phù phổi cấp( trừ trường hợp có chỉ định của Bác sĩ).

- Khoảng cách từ chai dịch đến giường bệnh là 1.2 m, không nên để chai dịch truyền quá cao sẽ gây áp lực lên thành mạch.

- Nếu người bệnh phản ứng với dung dịch truyền như lạnh run, mạch nhanh, khó thở...phải ngưng truyền ngay và báo Bác sĩ.

- Công thức tính thời gian chảy của dịch truyền:

**V dịch truyền(ml)x số giọt/ml**

* **Thời gian chảy của dịch truyền(phút)=**

**Số giọt y lệnh/ phút**

- Tiêu chuẩn của INS, 2011 nhằm giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn liên quan đến truyền dịch:

- Nhận định vị trí tiêm mỗi ngày.

- Vệ sinh tay thường qui trước và sau khi sờ, đặt, thay thế, thay băng bất cứ vị trí nào trong hệ thống dịch truyền.

- Làm sạch trước khi đâm kim bằng dung dịch sát khuẩn sử dụng một lần.

- Để khô ít nhất 30 giây đối với Alcool 70o ít nhất 2 phút đối với Povidone iodine.

- Không được chạm vào vị trí tiêm sau khi đã sát khuẩn.

- Khuyến cáo sử dụng băng trong suốt để cố định.

- Thay băng tại vị trí che chở thân kim mỗi 48 giờ hoặc khi ướt, dơ.

- Bộ dây truyền dịch được thay mỗi 72 giờ.

- Chai dịch truyền không được truyền lâu quá 24 giờ.

- Kim luồn có thể lưu với thời gian dài tùy theo chất liệu của dụng cụ trung bình khoảng 48 đến 72 giờ (tối đa đến 96 giờ).

- Khi thay kim luồn nên thay đổi vị trí tiêm.

- Ghi nhận ngày giờ truyền dịch và ngày sử dụng kim luồn trên bộ dây truyền để tiện việc theo dõi và thay khi hết hạn sử dụng.

- Nếu sử dụng kim bướm cần phải đuổi khí trong bộ kim bướm trước khi truyền.

Tài liệu tham khảo:

*Điều dưỡng cơ bản II, nhà xuất bản y học 2008, Chủ biên: ThS: Trần Thị Thuận.*

*Quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ sở dựa trên chuẩn năng lực cơ bản, nhà xuất bản y học 2014, chủ biên: ThS. Đoàn Thị Anh Lê.*

# QUY TRÌNH KỸ THUẬT TƯ VẤN TÂM LÍ  CHO NGƯỜI BỆNH VÀ NGƯỜI NHÀ

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Liệu pháp tâm lý là những biện pháp tác động lên tâm lý người bệnh nhằm mục đích cải thiện và tăng cường sức khỏe tâm lý của họ*.*

1. **CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh liệt

Người khuyết tật thần kinh, tâm thần

Người khuyết tật chậm phát triển trí tuệ

Người bệnh mắc bệnh mãn tính, suy giảm sức khỏe

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**Không có chống chỉ định
2. **CHUẨN BỊ**
3. **Người đánh giá:**Bác sỹ phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu,hoạt động trị liệu, người được tập huấn cơ bản cách thực hiện và điền phiếu đánh giá
4. **Phương tiện:**Phương tiện đánh giá bao gồm (1) các phương tiện để người bệnh thực hiện các hoạt động chức năng cơ bản trong sinh hoạt hàng ngày như bàn chải đánh răng, lược, xe lăn… và (2) nhà vệ sinh, nơi người bệnh thực hiện một vài hoạt động tự chăm sóc.
5. **Người bệnh:**Có thể được quan sát trực tiếp khi đang thực hiện các hoạt động hoặc phỏng vấn qua người chăm sóc chính.
6. **Quan sát trực tiếp:** Người bệnh được giải thích về mục đích đánh giá và họ sẽ thực hiện các hoạt động theo yêu cầu, dưới sự quan sát của người đánh giá. Cũng có thể đánh giá, quan sát người bệnh ở những thời điểm họ đang thực hiện các hoạt động này, cách này thường được sử dụng trên thực tế.
7. **Phỏng vấn người chăm sóc chính:** Với những người bệnh nặng hoặc không có khả năng giao tiếp (hôn mê, chậm phát triển trí tuệ, khó khăn ngôn ngữ…), người đánh giá sẽ hỏi người chăm sóc chính về từng hoạt động để từ đó người đánh giá sẽ xác định mức độ thực hiện hoạt động của người bệnh.
8. **Hồ sơ bệnh án:**Cần có bảng kiểm đánh giá các hoạt động trong sinh hoạt hàng ngày với các thang điểm cho các mức độ thực hiện khác nhau.
9. Nơi đánh giá có thể tại cơ sở điều trị hoặc tại nhà người khuyết tật.
10. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**  
    - Ghi tên người bệnh lên phiếu đánh giá
    * Yêu cầu người bệnh lần lượt thực hiện các hạng mục cần đánh giá.
    * Quan sát người bệnh thực hiện các hạng mục cần đánh giá hoặc phỏng vấn người chăm sóc chính.

**THEO DÕI**  
 Kỹ thuật này không có các biến chứng cần theo dõi .  
**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**  
 Kỹ thuật đánh giá này không có tai biến cần xử trí .

# PHẦN 2: CHUYÊN KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

# SẮC THUỐC THANG VÀ ĐÓNG GÓI THUỐC BẰNG MÁY

1. **MỤC ĐÍCH:**

Thông qua nhiệt độ sôi của nước tác động vào các vị thuốc làm cho các hoạt chất của thuốc hoà tan trong nước sôi, để tính dược được hoà hoãn và giảm được tác dụng phụ của thuốc, sau đó dung dịch thuốc sắc được đóng gói giao cho khoa lâm sàng nhận về phát cho người bệnh.

1. **CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA THUỐC SẮC:**

1. Chỉ định: Dùng cho bệnh nhân cấp tính (cả ngoại cảm và nội thương) để tả thực, điều khí. Dùng cho bệnh mãn tính để bổ hư, điều khí

2. Chống chỉ định: Không có chống chỉ định cụ thể, chủ yếu là sắc đúng cách để đảm bảo chất lượng thuốc dùng cho bệnh cấp tính và bệnh mãn tính.

1. **CÁCH SẮC THUỐC THANG:**

\* Cách sắc thuốc theo yêu cầu bác sĩ điều trị:

- Cách sắc nhanh: áp dụng cho các thuốc giải cảm, dược liệu mỏng nhẹ như lá, hoa. Thường sắc ở nhiệt độ cao, thời gian sắc ngắn. Thuốc lấy khí là chính (sắc bằng bếp điện).

- Cách sắc thuốc chậm: áp dụng cho các bài thuốc bổ, bài thuốc chữa bệnh mãn tính. Dược liệu thường cứng rắn như rễ, thân. Thời gian sắc lâu. Thuốc lấy vị là chính (sắc bằng máy sắc thuốc).

\* Hai phương pháp sắc thuốc tại Bệnh viện:

- Sắc bằng bếp điện: số lượng sắc ít 1thang thuốc/1 lần sắc.

- Sắc bằng máy sắc thuốc động học hiệu Samyan Trung Quốc sắc được từ 2 – 10 thang thuốc/1lần sắc. Hệ thống sắc thuốc khép kín đảm bảo vệ sinh sạch sẽ, an toàn cho người bệnh.

1. **CHUẨN BỊ:**

**a/ Sắc bằng bếp điện:**

Chuẩn bị dụng cụ: gói thuốc sắc, ấm nhôm, bếp điện, ca inox, đũa đảo thuốc bằng gỗ, rổ lược xát thuốc.

**b/ Sắc bằng máy sắc thuốc động học:**

- Nồi sắc thuốc: trước khi sắc thuốc phải được rửa vệ sinh sạch sẽ.

- Gói thuốc sắc được nhận từ quầy cấp phát, đã được ghi đầy đủ họ tên, tuổi, số phòng, số thang. Người sắc thuốc nhận thuốc và ghi vào sổ theo dõi sắc thuốc.

- Thuốc thang được cho vào túi vải ngâm vào trong xô nước sạch, lượng nước trong xô ngập mặt dược liệu khoảng 3cm, ngâm trong 30 phút để làm mềm dược liệu và để cho hoạt chất trong dược liệu dễ hòa tan hơn.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:**

**a/ Sắc bằng bếp điện:**

- Thuốc cho vào ấm thêm nước ngập mặt dược liệu khoảng 2-5cm, gắn tem ghi đầy đủ họ tên, tuổi, khoa, phòng của bệnh nhân lên ấm và đậy nắp lại, đặt ấm lên bếp rồi bật công tắc điện để sắc.

- Lúc đầu cho ấm thuốc lên bếp có độ nóng cao (vũ hỏa) cho chóng sôi. Khi đã sôi thì mở nắp ấm và dùng đũa đảo thuốc đến khi lượng dung dịch còn lại khoảng ½ lượng nước ban đầu cho vào thì chuyển ấm thuốc sang bếp có độ nóng thấp hơn, thỉnh thoảng dùng đũa đảo đều.

- Thuốc cần lấy khí để chữa bệnh ở biểu, thanh nhiệt: sau khi thuốc đã sôi trên bếp có độ nóng cao thì chuyển sang bếp có độ nóng thấp hơn để nước thuốc sôi nhẹ khoảng 20 phút và chắt dung dịch thuốc ra ca inox (có gắn sẵn tem ghi tên, tuổi, phòng bệnh nhân) để giữ khí của thuốc và để hòa chất thuốc, lượng thuốc sắc còn lại khoảng 200ml dung dịch thuốc. Chỉ sắc 1 lần.

- Khoa điều trị đến nhận thuốc đã sắc về phát cho bệnh nhân uống.

**b/ Sắc bằng máy sắc thuốc động học:**

- Nhân viên phụ trách sắc thuốc thang cho dược liệu đã ngâm vào nồi sắc. Kiểm tra tên bệnh nhân trên mỗi nồi để tránh nhầm lẫn.

- Thêm nước ngập dược liệu khoảng 2-8 cm đậy nắp nồi lại, khởi động máy và cài đặt ở nhiệt độ cao.

- Thuốc cần lấy vị để chữa các bệnh hư tổn: sau khi thuốc đã sôi ở nhiệt độ cao khoảng 30 phút thì gạt cần áp suất xuống chuyển sang chế độ sôi nhẹ để hòa tan dược chất trong dược liệu và tiếp tục đun ở nhiệt độ độ thấp hơn 800C để cô dung dịch thuốc đến thể tích cần lấy (đun 120 phút).

- Tiến hành sắc theo các khoảng thời gian nêu trên đến khi lượng dung dịch thuốc sắc còn lại khoảng 200 ml dung dịch thuốc/ 1 thang thuốc.

- Nhân viên sắc thuốc sẽ bật máy đóng gói đến khi đủ nhiệt độ, điều chỉnh thể tích cần đóng gói khoảng 200ml cho một gói/ 1 thang thuốc, sau đó tiến hành mở van xả dung dịch đóng gói. Đóng gói xong nhân viên sắc thuốc sẽ gắn tem tên bệnh nhân vào gói thuốc đó.

- Khoa điều trị đến nhận thuốc đã sắc về bảo quản trong ngăn mát tủ lạnh và cấp phát cho bệnh nhân uống hằng ngày.

***\** Ghi chú:**

- Trong quá trình sắc thuốc khoa Dược phân công theo dõi và giám sát việc sắc thuốc thang.

- Ghi sổ giao nhận thang thuốc giữa bộ phận sắc thuốc với bộ phận cấp phát thuốc của khoa Dược; sổ giao nhận gói thuốc đã sắc của bộ phận sắc thuốc với các khoa điều trị.

- Xát thuốc sau khi sắc xong, nhân viên sắc thuốc sẽ thực hiện xử lý theo quy định của rác thải sinh hoạt./.

# QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẤY CHỈ ĐIỀU TRỊ LIỆT NỬA NGƯỜI

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là sự xảy ra đột ngột các thiếu sót chức năng thần kinh thường là khu trú hơn lan tỏa, tồn tại quá 24 giờ hoặc gây tử vong trong 24 giờ. Các khám xét loại trừ nguyên nhân chấn thương.

Theo Y học cổ truyền gọi là bán thân bất toại, thuộc chứng trúng phong.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh liệt nửa người, không hôn mê, mạch, huyết áp, nhịp thở ổn định.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang hôn mê, các chỉ số mạch, huyết áp, nhịp thở chưa ổn định.

- Cơ thể suy kiệt.

- Da vùng huyệt bị viêm nhiễm hoặc mắc bệnh ngoài da.

- Dị ứng với chỉ tự tiêu.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện:**Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

* 1. **Trang thiết bị**

- Khay đựng dụng cụ, panh, kéo, kẹp không mấu, cồn sát trùng, cồn iốt, gạc vô trùng, bông, băng dính, lọ thủy tinh đựng chỉ.

- Kim cấy chỉ.

- Chỉ tự tiêu**.**

- Kim cấy chỉ và chỉ tự tiêu đảm bảo vô trùng.

- Hộp thuốc chống vựng châm hoặc chống sốc phản vệ.

* 1. **Người bệnh**
* Người bệnh được khám, làm hồ sơ bệnh án theo quy định.
* Giải thích tư tưởng cho người bệnh yên tâm phối hợp với thầy thuốc.
* Người bệnh nằm tư thế thoải mái, bộc lộ vùng huyệt.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Các huyệt thường dùng:**

**- Thất ngôn**: Thượng liêm tuyền.

- **Liệt mặt**: Ế Phong, Quyền liêu, Giáp xa, Phong trì, Thái dương.

- **Liệt tay**: Kiên ngung, Kiên trinh, Khúc trì, Ngoại quan, Hợp cốc, Tý nhu.

- **Liệt chân**: Giáp tích L4- L5, Hoàn khiêu, Phong thị, Túc tam lý, Thừa sơn, Huyền chung, Tam âm giao, Huyết hải, Dương lăng tuyền, Giải khê, Hành gian, Cự liêu, Thái xung.

Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp.

**5.2. Thủ thuật** :

- Phòng thủ thuật riêng biệt.

- Rửa tay sạch, đi găng tay vô trùng.

- Cắt chỉ tự tiêu thành từng đoạn khoảng 0,5cm - 1cm.

- Luồn chỉ vào nòng kim.

- Xác định huyệt và sát trùng vùng huyệt cấy chỉ.

- Châm kim nhanh qua da và đưa chỉ từ từ vào huyệt.

- Dùng ngón tay ấn lên sát chân kim rồi rút kim ra, dán băng vô trùng hoặc đặt gạc vô trùng lên huyệt vừa cấy chỉ, dán băng dính lên để giữ gạc.

**5.3 Liệu trình điều trị:**

Mỗi lần cấy chỉ tự tiêu có tác dụng trong khoảng 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi***:* Toàn trạng người bệnh 15-30’ sau khi cấy chỉ.

**6.2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu:Dùng bông gạc khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

- Đau sưng nơi cấy chỉ: chườm đá, dùng thuốc chống viêm phù nề hoặc kháng sinh (nếu cần).

* Dị ứng: dùng thuốc chống dị ứng.
* Vựng châm:Xử lý theo phác đồ vựng châm.

# CẤY CHỈ ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Hội chứng thắt lưng hông (đau thần kinh tọa) là một chứng bệnh do nhiều nguyên nhân cơ năng và thực thể gây ra như: do lạnh, thoát vị đĩa đệm, viêm nhiễm, khối u chèn ép...

Theo y học cổ truyền đau thần kinh tọa được miêu tả trong phạm vi chứng tý, nguyên nhân thường do phong, hàn, thấp, nhiệt xâm phạm vào kinh Bàng quang và kinh Đởm gây ra.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Điều trị hội chứng thắt lưng hông (đau thần kinh tọa).

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đau thần kinh tọa kèm theo nhiễm trùng tại chỗ.

**-** Các bệnh cấp cứu.

- Cơ thể suy kiệt, phụ nữ có thai.

- Da vùng huyệt bị viêm nhiễm hoặc mắc bệnh ngoài da.

- Dị ứng với chỉ tự tiêu.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện:**Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

* 1. **Trang thiết bị**

- Khay đựng dụng cụ, panh, kéo, kẹp không mấu, cồn sát trùng, cồn iốt, gạc vô trùng, bông, băng dính, lọ thủy tinh đựng chỉ.

- Kim cấy chỉ.

- Chỉ tự tiêu**.**

- Kim cấy chỉ và chỉ tự tiêu đảm bảo vô trùng.

- Hộp thuốc chống vựng châm hoặc chống sốc phản vệ.

* 1. **Người bệnh**
* Người bệnh được khám và chẩn đoán bệnh có chỉ định cấy chỉ.
* Giải thích tư tưởng cho người bệnh yên tâm phối hợp với thầy thuốc.
* Người bệnh nằm tư thế thoải mái, bộc lộ vùng huyệt.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Các huyệt thường dùng:** bên đau: Giáp tích L2-4, Đại trường du, Trật biên, Hoàn khiêu, Dương lăng tuyền, Thừa phù, Phong thị, Huyền chung, Thừa sơn, Địa ngũ hội, Túc tam lý, Thận du.

Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp.

**5.2. Thủ thuật** :

- Phòng thủ thuật riêng biệt.

- Rửa tay sạch, đi găng tay vô trùng.

- Cắt chỉ tự tiêu thành từng đoạn khoảng 0,5cm - 1cm.

- Luồn chỉ vào nòng kim.

- Xác định huyệt và sát trùng vùng huyệt cấy chỉ.

- Châm kim nhanh qua da và đưa chỉ từ từ vào huyệt.

- Dùng ngón tay ấn lên sát chân kim rồi rút kim ra, dán băng vô trùng hoặc đặt gạc vô trùng lên huyệt vừa cấy chỉ, dán băng dính lên để giữ gạc.

**5.3 Liệu trình điều trị:**

Mỗi lần cấy chỉ tự tiêu có tác dụng trong khoảng 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi***:* Toàn trạng người bệnh 15-30’ sau khi cấy chỉ.

**6.2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu:Dùng bông gạc khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

- Đau sưng nơi cấy chỉ: chườm đá, dùng thuốc chống viêm phù nề hoặc kháng sinh (nếu cần).

- Dị ứng: Dùng thuốc chống dị ứng.

- Vựng châm:Xử lý theo phác đồ vựng châm.

# CẤY CHỈ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG DÂY, RỄ VÀ ĐÁM RỐI THẦN KINH

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay xảy ra trong lúc sinh hoặc do tai nạn sinh hoạt, tai nạn giao thông gây liệt hoặc giảm vận động, cảm giác của các cơ cánh tay. Nguyên nhân do đứt đoạn hoặc giãn một hoặc tất cả các dây thần kinh trụ, quay, giữa từ đám rối thần kinh cánh tay do thủ thuật kéo tay, vai khi lấy thai hoặc gãy xương, đụng dập do tai nạn.

**2.CHỈ ĐỊNH**

Bệnh nhân chẩn đoán tổn thương đám rối thần kinh cánh tay.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**:

**-** Các bệnh cấp cứu.

- Cơ thể suy kiệt, phụ nữ có thai.

- Da vùng huyệt bị viêm nhiễm hoặc mắc bệnh ngoài da.

- Dị ứng với chỉ tự tiêu.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện:**Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

* 1. **Trang thiết bị**

- Khay đựng dụng cụ, panh, kéo, kẹp không mấu, cồn sát trùng, cồn iốt, gạc vô trùng, bông, băng dính, lọ thủy tinh đựng chỉ.

- Kim cấy chỉ.

- Chỉ tự tiêu**.**

- Kim cấy chỉ và chỉ tự tiêu đảm bảo vô trùng.

- Hộp thuốc chống vựng châm hoặc chống sốc phản vệ.

* 1. **Người bệnh**
* Người bệnh được khám, làm hồ sơ bệnh án theo quy định.
* Giải thích tư tưởng cho người bệnh yên tâm phối hợp với thầy thuốc.
* Người bệnh nằm tư thế thoải mái, bộc lộ vùng huyệt.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Các huyệt thường dùng:**

- Kiên tỉnh, Kiên liêu, Kiên ngung.

- Khúc trì, Thủ tam lý, Ngoại quan.

- Hợp cốc, Dương trì, Chi câu, Tý nhu.

Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp.

**5.2. Thủ thuật** :

- Phòng thủ thuật riêng biệt.

- Rửa tay sạch, đi găng tay vô trùng.

- Cắt chỉ tự tiêu thành từng đoạn khoảng 0,5cm - 1cm.

- Luồn chỉ vào nòng kim.

- Xác định huyệt và sát trùng vùng huyệt cấy chỉ.

- Châm kim nhanh qua da và đưa chỉ từ từ vào huyệt.

- Dùng ngón tay ấn lên sát chân kim rồi rút kim ra, dán băng vô trùng hoặc đặt gạc vô trùng lên huyệt vừa cấy chỉ, dán băng dính lên để giữ gạc.

**5.3 Liệu trình điều trị:**

Mỗi lần cấy chỉ tự tiêu có tác dụng trong khoảng 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi***:* Toàn trạng người bệnh 15-30’ sau khi cấy chỉ.

**6.2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu:Dùng bông gạc khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

- Đau sưng nơi cấy chỉ: chườm đá, dùng thuốc chống viêm phù nề hoặc kháng sinh (nếu cần).

- Dị ứng: Dùng thuốc chống dị ứng.

- Vựng châm:Xử lý theo phác đồ vựng châm.

# CẤY CHỈ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh mạn tính rất thường gặp với tỉ lệ vào khoảng 0,5% - 3% dân số trên 15 tuổi. Bệnh chủ yếu gặp ở nữ giới tuổi trung niên. Nguyên nhân gây bệnh còn chưa rõ, bệnh được xếp vào nhóm bệnh tự miễn. Biểu hiện bệnh là các đợt viêm tiến triển xen kẽ các đợt thuyên giảm, đôi khi có biểu hiện hệ thống. Bệnh không gây tử vong song ảnh hưởng lớn đến chức năng vận động và cuộc sống của người bệnh.

Theo y học cổ truyền, viêm khớp dạng thấp thuộc chứng thấp nhiệt tý, thường do phong hàn thấp nhiệt gây ra làm tắc nghẽn khí huyết, gây nên đau nhức.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Viêm khớp dạng thấp mọi lứa tuổi, giai đoạn I, II, III.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Viêm khớp dạng thấp thể cấp có tràn dịch khớp, sốt cao.

- Giai đoạn suy kiệt nặng, có kèm thêm suy tim, loạn nhịp tim, suy thận.

**-** Các bệnh cấp cứu khác.

- Người bệnh bị bệnh gan thận nặng.

- Cơ thể suy kiệt, phụ nữ có thai.

- Da vùng huyệt bị viêm nhiễm hoặc mắc bệnh ngoài da.

- Dị ứng với chỉ tự tiêu.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện:**Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

* 1. **Trang thiết bị**

- Khay đựng dụng cụ, panh, kéo, kẹp không mấu, cồn sát trùng, cồn iốt, gạc vô trùng, bông, băng dính, lọ thủy tinh đựng chỉ.

- Kim cấy chỉ.

- Chỉ tự tiêu**.**

- Kim cấy chỉ và chỉ tự tiêu đảm bảo vô trùng.

- Hộp thuốc chống vựng châm hoặc chống sốc phản vệ..

* 1. **Người bệnh**
* Người bệnh được khám, làm hồ sơ bệnh án theo quy định.
* Giải thích tư tưởng cho người bệnh yên tâm phối hợp với thầy thuốc.
* Người bệnh nằm tư thế thoải mái, bộc lộ vùng huyệt.

**5. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH**

**5.1. Các huyệt thường dùng:**

- Chi trên: Hợp cốc, Ngoại quan, Khúc trì, Kiên ngung, Kiên trinh, Thiên tuyền, Tý nhu.

- Chi dưới: Tam âm giao, Thái xung, Trung đô, Huyết hải, Túc tam lý, Phong long, Dương lăng tuyền, Thừa sơn, Côn lôn, Hoàn khiêu, Trật biên, Thứ liêu, Giáp tích (L3-L4; L5; S1).

Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp.

**5.2. Thủ thuật** :

- Phòng thủ thuật riêng biệt.

- Rửa tay sạch, đi găng tay vô trùng.

- Cắt chỉ tự tiêu thành từng đoạn khoảng 0,5cm - 1cm.

- Luồn chỉ vào nòng kim.

- Xác định huyệt và sát trùng vùng huyệt cấy chỉ.

- Châm kim nhanh qua da và đưa chỉ từ từ vào huyệt.

- Dùng ngón tay ấn lên sát chân kim rồi rút kim ra, dán băng vô trùng hoặc đặt gạc vô trùng lên huyệt vừa cấy chỉ, dán băng dính lên để giữ gạc.

**5.3 Liệu trình điều trị:**

Mỗi lần cấy chỉ tự tiêu có tác dụng trong khoảng 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi***:* Toàn trạng người bệnh 15-30’ sau khi cấy chỉ.

**6.2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu:Dùng bông gạc khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

- Đau sưng nơi cấy chỉ: chườm đá, dùng thuốc chống viêm phù nề hoặc kháng sinh (nếu cần).

- Dị ứng: Dùng thuốc chống dị ứng.

* - Vựng châm:Xử lý theo phác đồ vựng châm.

# CẤY CHỈ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Thoái hóa khớp là những bệnh của khớp và cột sống mạn tính đau và biến dạng, không có biểu hiện của viêm. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa của sụn khớp và đĩa đệm, những thay đổi ở phần xương dưới sụn và màng hoạt dịch.

Nguyên nhân chính của bệnh là quá trình lão hóa và tình trạng chịu áp lực quá tải và kéo dài của sụn khớp.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Đau nhức, thoái hóa tất cả các khớp nhỡ và khớp lớn.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh bị sốt kéo dài, mất nước, mất máu.

- Người bệnh có cấp cứu ngoại khoa.

- Người bệnh bị suy tim, loạn nhịp tim.

- Các bệnh cấp cứu khác.

- Người bệnh bị bệnh gan thận nặng.

- Cơ thể suy kiệt, phụ nữ có thai.

- Da vùng huyệt bị viêm nhiễm hoặc mắc bệnh ngoài da.

- Dị ứng với chỉ tự tiêu.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện:**Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

* 1. **Trang thiết bị**

- Khay đựng dụng cụ, panh, kéo, kẹp không mấu, cồn sát trùng, cồn iốt, gạc vô trùng, bông, băng dính, lọ thủy tinh đựng chỉ.

- Kim cấy chỉ.

- Chỉ tự tiêu**.**

- Kim cấy chỉ và chỉ tự tiêu đảm bảo vô trùng.

- Hộp thuốc chống vựng châm hoặc chống sốc phản vệ.

* 1. **Người bệnh**
* Người bệnh được khám, làm hồ sơ bệnh án theo quy định.
* Giải thích tư tưởng cho người bệnh yên tâm phối hợp với thầy thuốc.
* Người bệnh nằm tư thế thoải mái, bộc lộ vùng huyệt.

**5. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH**

**5.1. Các huyệt thường dùng:**

- Khớp vai: Kiên tỉnh, Kiên liêu, Kiên ngung, Kiên trinh, Thiên tông.

- Khớp khuỷu: Khúc trì, Thủ tam lý.

- Khớp cổ tay: Ngoại quan, Hợp cốc.

- Khớp háng: Trật biên, Hoàn khiêu, Thứ liêu, Giáp tích (L1, S1).

- Khớp gối: Huyết hải, Dương lăng tuyền, Âm lăng tuyền, Túc tam lý, Lương khâu.

- Cột sống cổ: C1 – C7, Phong trì, Bách hội, Kiên trung du, Kiên ngoại du, Đại chữ.

- Cột sống thắt lưng: Giáp tích vùng lưng, Can du, Đởm du, Tỳ du, Vị du, Tâm du, Cách du, Thứ liêu, Giáp tích (L1, S), Đại trường du, Tiểu trường du, Yêu dương quan.

- Khớp cổ chân: Giải khê, Xung dương, Tam âm giao, Thái khê, Huyền chung, Côn lôn, Thái xung.

Tùy tình trạng bệnh lý của người bệnh, thầy thuốc chọn công thức huyệt cấy chỉ phù hợp.

**5.2. Thủ thuật** :

- Phòng thủ thuật riêng biệt.

- Rửa tay sạch, đi găng tay vô trùng.

- Cắt chỉ tự tiêu thành từng đoạn khoảng 0,5cm - 1cm.

- Luồn chỉ vào nòng kim.

- Xác định huyệt và sát trùng vùng huyệt cấy chỉ.

- Châm kim nhanh qua da và đưa chỉ từ từ vào huyệt.

- Dùng ngón tay ấn lên sát chân kim rồi rút kim ra, dán băng vô trùng hoặc đặt gạc vô trùng lên huyệt vừa cấy chỉ, dán băng dính lên để giữ gạc.

**5.3 Liệu trình điều trị:**

Mỗi lần cấy chỉ tự tiêu có tác dụng trong khoảng 7 - 14 ngày, sau thời gian tự tiêu của chỉ có thể thực hiện liệu trình tiếp theo.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi***:* Toàn trạng người bệnh 15-30’ sau khi cấy chỉ.

**6.2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu:Dùng bông gạc khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

- Đau sưng nơi cấy chỉ: chườm đá, dùng thuốc chống viêm phù nề hoặc kháng sinh (nếu cần).

- Dị ứng: Dùng thuốc chống dị ứng.

- Vựng châm:Xử lý theo phác đồ vựng châm.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT CHI TRÊN

1. **ĐẠI CƯƠNG**

**-** Theo Y học hiện đại liệt chi tr ên do rất nhiều nguyên nhân gây ra, tuỳ theo vị trớ mức độ thương tổn hệ thần kinh bệnh nhân có biểu mất hay giảm vận động hữư ý chi trên có hay không teo cơ.

* Theo y học cổ truyền bệnh trong phạm vi chứng nuy, Ma mộc .Do phong thấp tà thừa cơ tấu lý sơ hở xâm nhập vào kinh mạch ở chi trên làm cho vận hành kinh mạch tắc trở Mặt khác Tỳ chủ cơ nhục , tỳ chủ tứ chi khi tỳ hư khí huyết trệ gây bệnh .

1. **CHỈ ĐỊNH**

-Bệnh lý thoái hoá đốt sống cổ

* Tai biến mạch máu não
* Viêm đa dây đa rễ thần ki, liệt sau zona
* Sau chấn thương đám rối thần kinh cánh tay
* Bệnh dây thần kinh do đái tháo đường

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* Liệt chi trên do bệnh lý có chỉ định điều trị ngoại khoa ép tuỷ , u não , u tuỷ, ống sáo tuỷ ..)
* Bệnh lý thần kinh giai đoạn cấp đang tiến triển
* Viêm nhiễm đặc hiệu ( Phong, Lao, Giang mai, HIV)

1. **CHUẨN BỊ**
   1. **Người thực hiện** Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.
   2. **Phương tiện**

* Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 - 10 cm, dùng riêng cho từng người
* Máy điện châm hai tần số bổ, tả.
* Khay men, bông, cồn 70, kẹp có mấu.
  1. **Người bệnh**
* Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định
* Tư thế người bệnh ngồi hoặc nằm nghiêng bên liệt lên trên

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
   1. **Phác đồ huyệt**

**- Châm tả các huyệt**

-Kiên ngung - Thủ tam lý - Kiên trinh - Đại chuỳ

-Khúc trì -Hợp cốc - Kiên tỉnh - Kiên trung du

- Ngoại quan - Bát tà -Giáp tích C4-C7

* ***Châm bổ huyệt*** Tam âm giao
  1. **Thủ thuật**
* ***Bước 1*** Xác định và sát trùng da vùng huyệt
* ***Bước 2*** Châm kim vào huyệt theo các thì sau

*Thì 1* Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyệt; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyệt.

*Thì 2* Đẩy kim từ từ tới huyệt, kích thích kim cho đến khi đạt*“Đắc khí”* (bệnh nhân có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyệt vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyệt).

* ***Bước 3. Kích thích huyệt bằng máy điện châm***

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyệt theo tần số bổ- tả của máy điện châm

* Tần số (đặt tần số cố định) Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.
* Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tuỳ theo mức chịu đựng của người bệnh).

+ Thời gian 20- 30 phút cho một lần điện châm.

* ***Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyệt vừa châm.***
  1. **Liệu trình điều trị**
* Điện châm ngày một lần
* Một liệu trình điều trị từ 20- 30 lần điện châm.

1. **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**
   1. **Theo dõi tổng trạng**
   2. **Xử trí tai biến**

***Vựng châm***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí* Tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt Thái dương, Nội quan. Theo dõi mạch, huyết áp.

* ***Chảy máu khi rút kim*** dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT CHI DƯỚI

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Theo Y học hiện đại liệt chi dưới do nhiều nguyên nhân gây tổn thương thần kinh trung ương hoặc ngoại vi gây nên .Tuỳ theo vị trí , mức độ tổn thương trên lâm sàng người bệnh người bệnh có giảm hoặc mất vận động hữu ý chi dưới, có hay không có teo cơ , rối loạn cơ tròn, rối loạn trương lực cơ .

Theo Y học cổ truyền bệnh phạm vi chứng Nuy, Ma mộc do phong, thấp tà thừa cơ tấu lý sơ hở xâm phạm vào các kinh mạch chi dưới gây bế tắc .Tỳ chủ cơ nhục, Tứ chi , Tỳ hư khí huyết hư vận hành kinh mạch tắc trở gây bệnh .

**2. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh liệt hai chi dưới đã qua giai đoạn cấp, hết sốt, không có dấu hiệu viêm nhiễm, ổn định mạch, huyết áp.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh còn trong giai đoạn cấp, còn sốt, các chỉ số mạch, huyết áp chưa ổn định.

Viêm nhiễm đặc hiệu ( Phong, Lao, Giang mai, HIV)

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Cán bộ y tế:** Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh..

**4.2. Phương tiện:**

- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.

- Kim châm cứu vô khuẩn, loại 6- 20cm, dùng riêng cho từng người bệnh.

- Khay men, bông, cồn 70°, kìm có mấu.

**4.3. Người bệnh**

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định

- Tư thế nằm ngửa hoặc nằm sấp

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

- Giáp tích tương ứng vùng tổn thương tuỷ sống - Đại chùy

- Tích trung - Yêu dương quan - Đại trường du

- Hoàn khiêu - Thừa phù - Ân môn

- Uỷ trung - Thừa sơn - Côn lôn

- Hạc đỉnh - Lương khâu - Phục thỏ - Thượng cự hư - Phong long - Dương lăng tuyền

- Giải khê - Khâu khư - Địa ngũ hội

- Thái khê - Âm cốc - Tam âm giao

- Huyết hải - Chương môn - Kỳ môn

- Quan nguyên - Khí hải - Trật biên

- Tử cung - Trung cực - Hoành cốt

- Bàng cường - Cường hậu âm

**5.2. Thủ thuật**

Xác định và sát trùng da vùng huỵệt, châm kim qua da nhanh, đẩy kim từ từ theo hướng huyệt đã định, châm phải đạt đắc khí.

- Châm tả các huyệt:

+ Giáp tích tương ứng vùng tổn thương tuỷ sống.

+ Đại trùy xuyên Tích trung +Tích trung xuyên Yêu dương quan

+ Đại trường du + Hoàn khiêu xuyên Thừa phù

+ Ân môn xuyên Thừa phù +Uỷ trung xuyên Ân môn

+Thừa sơn xuyên Uỷ trung + Côn lôn

+ Lương khâu xuyên Phục thỏ + Hạc đỉnh

+ Phong long xuyên Dương lăng tuyền + Thượng cự hư

+ Giải khê + Khâu khư

+ Địa ngũ hội

- Châm bổ các huyệt:

+ Thái khê + Âm cốc + Tam âm giao

+ Huyết hải + Chương môn + Kỳ môn

+ Quan nguyên + Khí hải

- Nếu có rối loạn cơ tròn tiểu tiện không tự chủ, châm tả các huyệt:

+ Trật biên + Tử cung

+ Trung cực + Hoành cốt

- Nếu có rối loạn cơ tròn đại tiện không tự chủ, châm tả các huyệt:

+ Bàng cường + Cường hậu âm.

**5.3. Kích thích bằng máy điện châm**

- Tần số: + Tả: 6- 20Hz, + Bổ: 0,5- 4Hz

- Cường độ: 14-150 microAmpe, tăng dần tới ngưỡng bệnh nhân chịu được.

- Thời gian: 20- 30 phút cho một lần điện châm.

**5.4. Liệu trình điều trị**

Điện châm ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 10-15 lần châm, có thể tiến hành 2-3 liệu trình liên tục.

**6.THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

**6.1.Theo dõi:** Theo dõi toàn trạng và diễn biến của bệnh.

**6.2. Xử lý tai biến**

***- Vựng châm:*** Người bệnh hoa mắt chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: rút kim ngay, lau mồ hôi ủ ấm, hoặc để nằm nơi thoáng mát, uống nước đường, nằm nghỉ tại chỗ. Kiểm tra mạch , huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim:*** dùng bông vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT NỬA NGƯỜI

**1. ĐẠI CƯƠNG**

**-** Liệt nửa người là hiện tượng giảm hoặc mất vận động chủ động của một nữa bên cơ thể gồm: Chân tay cùng bên và có thể kèm theo liệt nữa mặt cùng bên do tổn thương trung ương xâm phạm vào bó tháp.

Có 2 loại: Liệt mềm và liệt cứng.

+ Liệt mềm nữa người chỉ xuất hiện tạm thời, ngay sau khi tổn thương, có thể liệt hoàn toàn hoặc không hoàn toàn, xuất hiện ở các cơ duỗi chi trên và các cơ gấp chi dưới, trương lực cơ giảm, mất hoặc giảm phản xạ gân xương bên liệt.

+ Liệt cứng nữa người là giai đoạn tiếp theo của liệt mềm, tăng phản xạ gân xương, co cứng tháp, có dấu hiệu babinski.

Theo Y học cổ truyền gọi là Bán thân bất toại, thuộc chứng trúng phong.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh liệt nửa người, không hôn mê; mạch, huyết áp, nhịp thở ổn định.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh đang hôn mê, các chỉ số mạch, huyết áp, nhịp thở chưa ổn định.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Cán bộ y tế:** Bác sỹ, y sỹ, lương y được đào tạo về châm cứu.

**4.2. Phương tiện:**

- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.

- Kim châm cứu vô khuẩn, loại 6- 20cm, dùng riêng cho từng người bệnh.

- Khay men, bông, cồn 70°, kìm có mấu.

**4.3. Người bệnh**

**-** Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định

- Tư thế nằm ngửa hoặc nằm nghiêng

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

***\* Chứng thực:***

- Bách hội - Thái dương - Đồng tử liêu - Phong trì - Đại chuỳ - Ngoại quan

- Chi câu - Dương lăng tuyền - Âm lăng tuyền - Khâu khư - Hành gian - Trung đô

- Can du - Đởm du - Thái khê - Âm cốc - Tam âm giao - Kỳ môn

- Chương môn - Túc tam lý - Tam âm giao

- Huyết hải - Liêm tuyền - Bàng liêm tuyền

- Thượng liêm tuyền - Ngoại kim tân - Ngoại ngọc dịch - Á môn -Quyền liêu - Hạ quan

- Địa thương - Giáp xa - Thừa tương - Ế Phong - Giáp tích C4-C7 -Tích trung

- Kiên tỉnh - Tý nhu - Kiên trinh - Cực tuyền - Khúc trì - Thủ tam lý

- Chi câu - Ngoại quan - Bát tà - Giáp tích D12- L5 - Yêu dương quan - Hoàn khiêu

- Thừa phù - Trật biên - Ân môn

- Thừa sơn - Uỷ trung - Côn lôn

- Thượng cự hư - Giải khê - Khâu khư - - Địa ngũ hội

**5.2. Thủ thuật**

Xác định và sát trùng da vùng huyệt, châm kim qua da nhanh, đẩy kim từ từ theo hướng huyệt đã định, châm phải đạt đắc khí.

***\* Chứng thực:***

+Châm tả các huyệt:

- Bách hội - Thái dương - Đồng tử liêu - Phong trì - Đại chuỳ - Ngoại quan

- Chi câu - Dương lăng tuyền - Âm lăng tuyền - Khâu khư - Hành gian - Trung đô

- Can du - Đởm du

+ Châm bổ các huyệt:

- Thái khê - Âm cốc - Tam âm giao

***\*Chứng hư:***

- Châm tả các huyệt:

- Bách hội - Phong trì

- Trung đô - Hành gian

- Châm bổ các huyệt:

- Kỳ môn - Chương môn - Túc tam lý

- Tam âm giao - Huyết hải - Thái khê

- Âm cốc

***\* Huyệt chung cho hai thể:***

- Thất ngôn, châm tả các huyệt:

- Liêm tuyền - Bàng liêm tuyền

- Thượng liêm tuyền - Ngoại kim tân

- Ngoại ngọc dịch - A′ môn

- Liệt mặt, châm tả các huyệt:

- Quyền liêu xuyên Hạ quan

- Địa thương xuyên Giáp xa

- Thừa tương

- Ế Phong.

- Liệt tay, châm tả các huyệt:

- Giáp tích C4-C7 - Đại chuỳ xuyênTích trung

- Kiên tỉnh xuyên Tý nhu - Kiên trinh xuyên Cực tuyền - Khúc trì xuyên Thủ tam lý - Chi câu xuyên Ngoại quan

- Bát tà

- Liệt chân, châm tả các huyệt:

- Giáp tích D12- L5 - Tích trung xuyên Yêu dương quan

- Hoàn khiêu xuyên Thừa phù - Trật biên xuyên Hoàn khiêu

- Ân môn xuyên Thừa phù - Thừa sơn xuyên Uỷ trung

- Côn lôn - Thượng cự hư

- Giải khê - Khâu khư

- Địa ngũ hội

**5.3. Kích thích bằng máy điện châm**

- Tần số: + Tả: 6- 20Hz, + Bổ: 0,5- 4Hz

- Cường độ: 14-150 microAmpe, tăng dần tới ngưỡng bệnh nhân chịu được.

- Thời gian: 20- 30 phút cho một lần điện châm.

**5.4. Liệu trình điều trị**

Điện châm ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 10-15 lần châm, có thể tiến hành 2-3 liệu trình liên tục.

**6.THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

**6.1.Theo dõi:** Theo dõi toàn trạng và diễn biến của bệnh.

**6.2. Xử lý tai biến**

***- Vựng châm:*** Người bệnh hoa mắt chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: tắt máy, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, hoặc để nằm nơi thoáng mát, uống nước đường, nằm nghỉ tại chỗ. Kiểm tra mạch, huyết áp.

***- Chảy máu sau khi rút kim:*** dùng bông vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT DO BỆNH CỦA CƠ

**1.ĐẠI CƯƠNG**

Bệnh loạn dưỡng cơ Duchenne (Teo cơ giả phì đại) ở trẻ em là bệnh đột biến gen gây thiếu hụt 1 loại protein ở màng tế bào cơ vân, đưa đến thoái hóa cơ và teo cơ. Bệnh xuất hiện lúc 2 – 3 tuổi, chỉ có ở con trai, tiến triển dần đến teo cơ toàn thân, tổn thương chức năng hô hấp, cơ tim. Bệnh nhân tử vong do suy hô hấp, suy tim, nhiễm trùng .

**2.CHỈ ĐỊNH**

Bệnh nhân được chẩn đoán là loạn dưỡng cơ Duchenne với các biểu hiện lâm sàng và các xét nghiệm đặc hiệu CK huyết thanh tăng, điện cơ thấy tổn thương nguồn gốc sợi cơ, điện cơ thấy thoái hóa cơ và tăng sinh tổ chức liên kết

**3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân loạn dưỡng cơ đang bị nhiễm khuẩn cấp tính hoặc đã là giai đoạn cuối của bệnh.

- Bệnh nhân bị bệnh ngoài da vùng điện châm.

**4.CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện**

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh..

**4.2. Phương tiện**

- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.

- Kim châm cứu vô khuẩn, loại: 6-10-15cm, dùng riêng cho từng người bệnh.

- Khay men, kìm có mấu, bông, cồn 70°.

**4.3. Người bệnh**

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.

- Tư thế người bệnh có thể ngồi hoặc nằm.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

***\* Chứng thực***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - Bách hội | - Thái dương | - Đồng tử liêu |
| - Phong trì | - Đại chùy | - Ngoại quan |
| - Chi câu | - Dương lăng tuyền | - Âm lăng tuyền |
| - Khâu khư | - Hành gian | - Trung đô |
| - Can du | - Đởm du | - Tam âm giao |
| - Thái khê | - Âm cốc |  |

***\* Chứng hư***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - Bách hội | - Phong trì | - Túc tam lý |
| - Trung đô | - Hành gian | - Thái khê |
| - Kỳ môn | - Chương môn | - Âm cốc |
| - Tam âm giao | - Huyết hải |  |

***\* Huyệt chung cho hai thể***

***- Thất ngôn***

|  |  |
| --- | --- |
| - Á môn | - Thượng liêm tuyền |
| - Ngoại kim tân | - Ngoại ngọc dịch |

***- Liệt mặt***

- Quyền liêu xuyên Hạ quan

- Địa thương xuyên Giáp xa

|  |  |
| --- | --- |
| - Thừa tương | - Ế Phong. |

***- Liệt tay***

|  |  |
| --- | --- |
| - Giáp tích C4-C7 | - Đại chùy |
| - Kiên tỉnh | - Kiên trinh |
| - Khúc trì | - Chi câu |

- Bát tà

***- Liệt chân***

|  |  |
| --- | --- |
| - Giáp tích D12- L5 | - Yêu dương quan |
| - Hoàn khiêu | - Trật biên |
| - Ân môn | - Thừa sơn |
| - Côn lôn | - Thượng cự hư |
| - Giải khê | - Khâu khư |
| - Địa ngũ hội |  |

**5.2 Thủ thuật**

***- Bước 1*** Xác định và sát trùng da vùng huyệt.

***- Bước 2*** Châm kim vào huyệt theo các thì sau.

*Thì 1* Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyệt; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyệt.

*Thì 2* Đẩy kim từ từ tới huyệt, kích thích kim cho đến khi đạt”Đắc khí” (bệnh nhân có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyệt vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyệt).

***- Bước 3. Kích thích huyệt bằng máy điện châm***

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyệt theo tần số bổ- tả của máy điện châm

- Tần số (đặt tần số cố định) Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.

- Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 micro-Ampe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).

+ Thời gian 20 - 30 phút cho một lần điện châm.

***- Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyệt vừa châm.***

**5.3. Liệu trình điều trị**

- Điện châm ngày một lần.

- Một liệu trình điều trị từ 20 - 30 lần điện châm, tùy theo mức độ bệnh.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

**6.1.Theo dõi:** Theo dõi toàn trạng, triệu chứng đau và các triệu chứng kèm theo của người bệnh.

**6.2. Xử lý tai biến**

***- Vựng châm:*** Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim:*** dùng bông khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ TEO CƠ

1. **ĐẠI CƯƠNG**

**Teo cơ** là tình trạng **giảm khối lượng cơ**, đồng đều hoặc không đồng đều giữa 2 bên cơ thể. Teo cơ thường do vùng cơ bị ảnh hưởng thiếu vận động trầm trọng. Nguyên nhân thiếu vận động có thể là do bệnh lý hoặc chấn thương. Một khi bị teo cơ thì nhóm cơ đó sẽ bị yếu đi.

1. **CHỈ ĐỊNH**

Bệnh nhân teo cơ do các nguyên nhân khác nhau.

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang ở giai đoạn nhiễm khuẩn cấp.

- Suy hô hấp, suy tim nặng.

1. **CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện:**

Bác sĩ, y sĩ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

**4.2. Phương tiện**

- Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 -10 cm, dùng riêng cho từng người

- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.

- Khay inox, bông vô khuẩn, cồn 70°, kẹp có mấu.

**4.3. Người bệnh**

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.

- Tư thế người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng.

**5. Phác đồ huyệt**

**5.1. Châm tả các huyệt**

*\* Cơ teo thuộc chi trên.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - Giáp tích C4- C7 | - Thủ tam lý |  |
| - Kiên ngung | - Chi câu |  |
| - Tý nhu | - Hợp cốc | - Thiên tỉnh |
| - Khúc trì | - Lao cung | - Kiên trinh |
| - Túc tam lý | - Huyết hải | - Ngoại quan |
| \* *Cơ teo thuộc chi dưới* | | |  |
| - Giáp tích L2- L4 | -Ân môn | -Huyết hải |
| - Thứ liêu | - Ủy trung | - Giải khê |
| - Trật biên | - Thừa sơn | - Khâu khư |
| - Hoàn khiêu | - Côn lôn | - Thái xung |
| - Thừa phù | - Dương lăng tuyền |  |

* ***Châm bổ các huyệt***

+ Huyết hải + Túc tam lý

**5.2. Thủ thuật**

***Bước 1:*** Xác định và sát trùng da vùng huyệt.

***Bước 2:*** Châm kim vào huyệt theo các thì sau:

*Thì* 1 Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyệt;

Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyệt.

*Thì 2* Đẩy kim từ từ tới huyệt, kích thích kim cho đến khi đạt *“Đắc khí”* (bệnh nhân có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyệt vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyệt).

**Bước 3***:* **Kích thích huyệt bằng máy điện châm.**

- Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyệt theo tần số bổ-tả của máy điện châm

- Tần số (đặt tần số cố định) Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.

- Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tuỳ theo mức chịu đựng của người bệnh).

- Thời gian :15-20n phút cho một lần điện châm.

**Bước 4***:* **Rút kim, sát khuẩn da vùng huyệt vừa châm*.***

**5.3. Liệu trình điều trị**

- Điện châm ngày 1 lần

- Một liệu trình điều trị từ 20 - 25 lần điện châm.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi** Toàn trạng

**6.2. Xử lý tai biến**

***- Vựng châm***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí* Tắt máy điện châm, rút kim ngay,nằm đầu thấp, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước trà đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt Thái dương, Nội quan. Theo dõi mạch, huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim*** dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Đau thần kinh tọa là một chứng bệnh do nhiều nguyên nhân cơ năng và thực thể gây ra như: do lạnh, thoát vị đĩa đệm, viêm nhiễm, khối u chèn ép...

- Theo y học cổ truyền đau thần kinh tọa được miêu tả trong phạm vi chứng tý, nguyên nhân thường do phong, hàn, thấp, nhiệt xâm phạm vào kinh Bàng quang và kinh Đởm gây ra.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Đau thần kinh tọa do phong hàn thấp, do thoái hóa cột sống.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đau thần kinh tọa kèm theo nhiễm trùng tại chỗ.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Cán bộ y tế:** Bác sĩ, y sĩ, l­ương y đ­ược đào tạo về châm cứu.

**4.2. Phương tiện**

- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.

- Kim châm cứu vô khuẩn, loại: 6-10-15cm, dùng riêng cho từng người.

- Khay men, kìm có mấu, bông, cồn 70°.

**4.3. Người bệnh:**

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.

- Tư thế nằm sấp hoặc nằm nghiêng, chống đau cho người bệnh.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

- Giáp tích L3, L5, S1 - Đại trường du

- Thứ liêu - Trật biên

- Hoàn khiêu - Thừa phù

- Ủy trung - Thừa sơn

- Côn lôn - Dương lăng tuyền.

**5.2. Thủ thuật**

Xác định và sát trùng da vùng huyệt, châm kim qua da nhanh, đẩy kim từ từ theo hướng huyệt đã định, châm phải đạt đắc khí.

- Châm tả:

+ Đại trường du + Thừa sơn

+ Thứ liêu + Côn lôn.

+ ủy trung + Giáp tích L3 -S1

+ Trật biên xuyên tới huyệt Hoàn khiêu hoặc xuyên tới huyệt Thừa phù

+ Dương lăng tuyền xuyên tới huyệt Dương giao.

**5.3. Kích thích bằng máy điện châm**

- Tần số: tả: 6-20Hz.

- Cường độ: 14-150micro Ampe

- Thời gian:20-30 phút cho một lần điện châm

**5.4. Liệu trình điều trị**

Điện châm một ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 10-15 lần, có thể tiến hành 2-3 liệu trình liên tục.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi**: Theo dõi tại chỗ và toàn thân

**6.2. Xử lý tai biến**

***- Vựng châm:*** Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim:*** dùng bông vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ BẠI NÃO

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Bại não là tổn thương não không tiến triển xảy ra vào giai đoạn trước khi sinh, trong khi sinh và sau khi sinh đến 5 tuổi. Biểu hiện bằng các rối loạn về vận động, trí tuệ, giác quan và hành vi .

1. **CHỈ ĐỊNH**

Trẻ được chuẩn đoán là bại não với rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh Trung ương ở các mức độ khác nhau.

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* Trẻ bại não đang mắc các bệnh cấp tính khác như hô hấp, tiêu hóa ...
* Trẻ bại não có động kinh mà hiện tại chưa khống chế được cơn .

1. **CHUẨN BỊ**

**4.1 Người thực hiện** Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

**4.2 Phương tiện**

* Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 - 10 cm, dùng riêng cho từng người
* Máy điện châm hai tần số bổ, tả.
* Khay men, bông, cồn 70, kẹp có mấu.

**4.3 Người bệnh**

* Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định
* Tư thế thoải mái, bộc lộ vùng huyệt châm .

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
   1. **Phác đồ huyệt**

***- Tư thế nằm ngửa***

*Châm tả các huyệt*

**+** Kiên tỉnh + Kiên ngung + Tý nhu + Thủ ngũ lý

+ Khúc trì + Thủ tam lý + Hợp cốc + Lao cung

+ Dương lăng tuyền + Âm lăng tuyền + Giải khê

*Châm bổ các huyệt*

**+** Ngoại quan + Chi câu + Túc tam lý

+ Thượng cự hư + Tam âm giao + Trung đô

***Tư thế nằm sấp***

*Châm tả các huyệt*

+ Giáp tích C4- C7, C7- D10, L1- L5 + Kiên trinh + Cực tuyền

+ Khúc trì + Khúc trạch + Ngoại quan + Nội quan

+ Bát tà + Trật biên + Hoàn khiêu + Ân môn

+ Thừa phù + Thừa sơn + Ủy trung.

*Châm bổ các huyệt*

+ Thận du + Huyết hải + Âm liêm

* 1. **Thủ thuật**
* ***Bước 1*** Xác định và sát trùng da vùng huyệt
* ***Bước 2*** Châm kim vào huyệt theo các thì sau

*Thì 1* Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyệt; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyệt.

*Thì 2* Đẩy kim từ từ tới huyệt, kích thích kim cho đến khi đạt*“Đắc khí”* (bệnh nhân có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyệt vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyệt).

* ***Bước 3. Kích thích huyệt bằng máy điện châm***

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyệt theo tần số bổ- tả của máy điện châm

* Tần số (đặt tần số cố định) Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.
* Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tuỳ theo mức chịu đựng của người bệnh).

+ Thời gian 20- 30 phút cho một lần điện châm.

* ***- Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyệt vừa châm.***
  1. **Liệu trình điều trị**
* Điện châm ngày một lần
* Một liệu trình điều trị từ 25 – 30 lần điện châm.

1. **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**
   1. **Theo dõi** toàn trạng
   2. **Xử lí tai biến**

***Vựng châm***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí* Tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt Thái dương, Nội quan. Theo dõi mạch, huyết áp.

* ***Chảy máu khi rút kim*** dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ Ù TAI

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Ù tai là rối loạn chức năng nghe, người bệnh cảm thấy trong tai có âm thanh lạ như tiếng ve kêu, tiếng gió thổi,...thường gặp ở người có tuổi, do nhiều nguyên nhân khác nhau như tổn thương trung tâm tính giác, viêm não, u dây thần kinh số VIII, thiểu năng tuần hoàn não, viêm tai giữa, chấn thương sọ não, ngộ độc thuốc... Theo y học cổ truyền, ù tai thuộc chứng khí hư, do thận khí kém làm giảm, thay đổi chức năng nghe (thận khai khiếu tại nhĩ), có thể có trường hợp do hàn tà xâm nhập vào kinh Thiếu dương gây khí bế mà sinh ra.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Ù tai ở mọi lứa tuổi, mọi nguyên nhân.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có chỉ định cấp cứu ngoại khoa

- Người bệnh đang sốt kéo dài hoặc mất nước, mất máu.

- Suy tim nặng.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện** Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

**4.2. Phương tiện**

- Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 - 10 cm, dùng riêng cho từng người

- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.

- Khay men, bông, cồn 70o, kẹp có mấu.

**4.3. Người bệnh**

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định

- Tư thế người bệnh nằm ngửa hoặc ngồi.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

***- Châm tả các huyệt***

+ Bách hội + Phong trì + Thính cung

+ Nhĩ môn + Ế phong + Thính hội

+ Chi câu + Ngoại quan + Hợp cốc

***- Châm bổ các huyệt***

+ Thái khê + Thận du

**5.2. Thủ thuật**

***- Bước 1*** Xác định và sát trùng da vùng huyệt

***- Bước 2*** Châm kim vào huyệt theo các thì sau

*Thì 1* Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyệt; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyệt.

*Thì 2* Đẩy kim từ từ tới huyệt, kích thích kim cho đến khi đạt”Đắc khí” (bệnh nhân có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyệt vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyệt).

***- Bước 3. Kích thích huyệt bằng máy điện châm***

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyệt theo tần số bổ- tả của máy điện châm

- Tần số (đặt tần số cố định) Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.

- Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 micro-Ampe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).

+ Thời gian 20 - 30 phút cho một lần điện châm.

***- Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyệt vừa châm.***

**5.3. Liệu trình điều trị**

- Điện châm ngày một lần

- Một liệu trình điều trị từ 25-30 lần điện châm.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi toàn trạng**

**6.2. Xử lý tai biến**

***- Vựng châm***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí* Tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt Thái dương, Nội quan. Theo dõi mạch, huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim*** dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU ĐẦU, ĐAU NỬA ĐẦU

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Đau đầu là một trong những chứng bệnh thường gặp có phạm vi rộng ở nhiều chuyên khoa: nội, tai mũi họng, răng hàm mặt, chú ý tới các bệnh u não, áp xe não, dị dạng mạch não, viêm nhiễm ở hệ thần kinh.

- Theo y học cổ truyền, đau đầu thuộc chứng đầu thống, nằm trong chứng tâm căn suy nhược do cảm phải ngoại tà hoặc rối loạn công năng hoạt động của các tạng phủ.

**2. CHỈ ĐỊNH**

- Đau đầu chưa rõ nguyên nhân

- Đau đầu đã rõ nguyên nhân có chỉ định kết hợp điện châm.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đau đầu do khối u (có kèm hội chứng tăng áp lực nội sọ).

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Cán bộ y tế:**Bác sĩ, y sĩ, lương y được đào tạo về châm cứu.

**4.2. Phương tiện**

- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.

- Kim châm vô khuẩn loại 6cm, dùng riêng từng người bệnh.

- Khay inox, kìm có mấu, bông vô khuẩn, cồn 70º.

**4.3. Người bệnh**.

Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

- Bách hội                     - Tứ thần thông             - Phong trì

- Thái dương                 - Hợp cốc

- Quan nguyên               - Khí hải                        - Đản trung

- Túc tam lý                   - Cách du                      - Can du

- Huyết hải                    - Tam âm giao               - Khúc trì

- Đại chuỳ                     - Phong long                 - Liệt khuyết

- Phong phủ                  - Phế du                        - Thái Uyên

- Xích trạch                   - Hành gian

**5.2. Thủ thuật**

Xác định và sát trùng da vùng huyệt, châm kim qua da nhanh, đẩy kim từ từ theo hướng huyệt đã định, châm phải đạt đắc khí.

- Châm tả:

+ Bách hội                    + Tứ thần thông

+ Phong trì                    + Thái dương

+ Hợp cốc

- Nếu do khí hư, châm bổ thêm các huyệt:

+ Quan nguyên              + Khí hải

+ Đản trung                   + Túc tam lý.

- Nếu do huyết hư, châm bổ thêm các huyệt:

+ Cách du                     + Can du

+ Huyết hải                   + Tam âm giao

- Nếu do nhiệt hoả, châm tả thêm các huyệt:

+ Khúc trì                      + Đại chuỳ

- Nếu do đàm thấp, châm tả thêm các huyệt: Phong long, Liệt khuyết

Châm bổ:              + Tam âm giao             + Túc tam lý

- Nếu do cảm mạo phong hàn, châm tả thêm các huyệt: Phong phủ, Liệt khuyết và châm bổ Phế du, Thái Uyên.

- Nếu do cảm mạo phong nhiệt châm tả thêm các huyệt:

+ Phong phủ                 + Trung phủ

+ Xích trạch.

- Nếu do huyết áp cao châm tả thêm các huyệt:

+ Khúc trì

+ Hành gian

+ Châm bình bổ bình tả Túc tam lý.

- Nếu do huyết áp thấp châm bổ thêm các huyệt:

+ Khí hải

+ Quan nguyên

**5.3. Kích thích bằng máy điện châm**

- Tần số: 30-40 Hz

- Cường độ: Từ 14-150micro Ampe, tăng dần đến ngưỡng người bệnh chịu được.

- Thời gian:15-20 phút cho một lần điện châm

**5.4. Liệu trình**

Điện châm một ngày một lần, điều trị triệu chứng kết hợp với điều trị nguyên nhân cho đến khi bệnh nhân ổn định.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

**6.1.Theo dõi:** Theo dõi toàn trạng, triệu chứng đau và các triệu chứng kèm theo của người bệnh.

**6.2. Xử lý tai biến**

***- Vựng châm:*** Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: rút kim ngay, nằm đầu thấp, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước trà đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim:*** dùng bông khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ MẤT NGỦ

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Mất ngủ là tình trạng khó ngủ hay giảm về số lượng hoặc chất lượng giấc ngủ.

- Theo y học cổ truyền: mất ngủ thuộc chứng thất miên do hoạt động không điều hoà của ngũ chí (thần, hồn, phách, ý, trí)

- Mục đích của điều trị mất ngủ là đưa người bệnh vào giấc ngủ dễ hơn, nâng cao số lượng và chất lượng giấc ngủ

**2. CHỈ ĐỊNH**

- Mất ngủ do tâm căn suy nhược

- Điều trị kết hợp trong các bệnh thuộc thể khác

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh mắc các chứng bệnh ưa chảy máu (không châm cứu được)

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Cán bộ y tế:**Bác sĩ, y sĩ, lương y được đào tạo về châm cứu.

**4.2. Phương tiện**

- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.

- Khay inox, kìm có mấu, bông vô khuẩn, cồn 70°.

- Kim châm cứu vô khuẩn loại 10cm: 4 cái, 15cm: 2 cái, 20cm: 4 cái

**4.3. Người bệnh**

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.

- Người bệnh ở tư thế nằm

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

- Thần môn             - Giãn sử                - Nội quan             - Khúc trì

- Hợp cốc                - Thái xung            - Giải khê             - Thiên khu

- Tam âm giao        - Thái bạch            - Âm lăng tuyền  - Thái khê

- Trung quản          - Khâu khư             - Túc tam lý        - Hành gian

- Trung đô            - Chương môn    - Quan nguyên

- Kinh môn           - Thận du                      - Đại chùy            - Bách hội

- Thái dương         - Phong trì

**5.2. Thủ thuật**

Xác định và sát trùng da vùng hguyệt, châm kim nhanh qua da, đẩy kim từ từ tới huyệt theo hướng tả hay bổ, châm phải đạt đắc khí.

- Do tâm âm hư, châm bổ:

+ Thần môn                   + Nội quan

+ Giãn sử                     + Thái xung

- Do tâm dương vượng, châm tả:

+ Thần môn                   + Giải khê

+ Giãn sử                     + Thiên khu

+ Nội quan                    + Hợp cốc

- Do Tâm Tỳ khuy tổn:

Châm bổ:

+Thần môn    + Nội quan

+ Tam âm giao              + Thái bạch

+ Âm lăng tuyền            + Chương môn

+ Thái xung

Châm tả:

+ Trung quản  + Thái dương

+ Thiên khu­

- Do Tâm Thận bất giao:

Châm bổ:

+ Thái khê     + Thận du

+ Quan nguyên.

Châm tả:

+ Thần môn    + Nội quan

+ Thái dương.

- Do Can huyết hư tổn, châm bổ:

+ Thái khê                     + Chương môn

+ Trung đô                    + Tam âm giao

+ Thái xung                   + Nội quan

+ Túc tam lý.

- Do Can khí thiên thịnh, châm tả:

+ Hành gian                  + Bách hội

+ Phong trì                    + Khâu khư

+ Khúc trì

+ Thiên khu                   + Đại chùy

+ Chương môn             + Kinh môn.

**5.3. Kích thích bằng máy điện châm**

- Tần số: + Tả: 6- 20Hz, + Bổ: 0,5- 4Hz

- Cường độ: Từ 14-150micro Ampe

- Thời gian:15-20 phút cho một lần điện châm

**5.4. Liệu trình**

Điện châm một ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 2- 4 tuần tuỳ theo mức độ và diễn biến của bệnh.

**6.THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi:** Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

**6.2. Xử lý tai biến**

***- Vựng châm:*** Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt: rút kim ngay,nằm đầu thấp, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước trà đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim:*** dùng bông khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT DO TỔN THƯƠNG ĐÁM RỐI DÂY THẦN KINH

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Liệt rễ, đám rối, dây thần kinh ngoại biên do các nguyên nhân viêm rễ, viêm màng nhện tủy, do tắc mạch máu nuôi dưỡng dây thần kinh, do chèn ép trong toái vị đĩa đệm, do chấn thương, tai nạn. y học cổ truyền cho rằng do khí hư huyết kém không đủ nuôi dưỡng hoặc do ứ trệ sự làm cản trở sự lưu thông tuần hoàn khí huyết gây nên.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Liệt rễ, đám rối, dây thần kinh ngoại biên do các nguyên nhân.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có chỉ định cấp cứu ngoại khoa

- Người bệnh đang giai đoạn cấp hoặc mất nước, mất máu.

- Suy tim nặng.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện** Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

**4.2. Phương tiện**

- Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 - 10 cm, dùng riêng cho từng người

- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.

- Khay men, bông, cồn 70o, kẹp có mấu.

**4.3. Người bệnh**

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định

- Tư thế người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

**\* Trạng thái thực**

***- Liệt rễ, đám rối dây thần kinh thuộc chi trên,*** châm tả các huyệt

- Giáp tích C4-C7 - Thủ tam lý - Thiêm tuyền

- Kiên ngung - Chi câu - Cực tuyền

- Tý nhu - Hợp cốc - Thiên tỉnh

- Khúc trì - Lao cung - Kiên trinh

- Túc tam lý - Huyết hải - Ngoại quan

***\* Liệt rễ, dây thần kinh thuộc chi dưới,*** châm tả các huyệt

- Giáp tích L2-L4 - Ân môn - Huyết hải

- Thứ liêu - ủy trung - Giải khê

- Trật biên - Thừa sơn - Khâu khư

- Hoàn khiêu - Côn lôn - Thái xung

- Thừa phù - Dương lăng tuyền - Địa ngũ hội

**\* Trạng thái hư**

***Châm tả các huyệt như trạng thái thực***

***Châm bổ các huyệt***

+ Túc tam lý + Huyết hải

**5.2. Thủ thuật**

***- Bước 1*** Xác định và sát trùng da vùng huyệt

***- Bước 2*** Châm kim vào huyệt theo các thì sau

*Thì 1* Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyệt; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyệt.

*Thì 2* Đẩy kim từ từ tới huyệt, kích thích kim cho đến khi đạt”Đắc khí” (bệnh nhân có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyệt vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyệt).

***- Bước 3. Kích thích huyệt bằng máy điện châm***

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyệt theo tần số bổ- tả của máy điện châm

- Tần số (đặt tần số cố định) Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.

- Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 micro-Ampe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).

+ Thời gian 20 - 30 phút cho một lần điện châm.

***- Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyệt vừa châm.***

**5.3. Liệu trình điều trị**

- Điện châm ngày một lần

- Một liệu trình điều trị từ 20-25 lần điện châm.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi toàn trạng**

**6.2. Xử lý tai biến**

***- Vựng châm***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí* Tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt Thái dương, Nội quan. Theo dõi mạch, huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim*** dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU DÂY THẦN KINH SỐ V

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Đau dây thần kinh số V tiên phát (đau dây thần kinh tam thoa) là những cơn đau xuất hiện đột ngột dữ dội ở vùng da một bên mặt . Cơn đau xuất hiện tự nhiên hay do đụng chạm vào “điểm bùng nổ” . Trong cơn đau bệnh nhân có thể có co giật cơ mặt, vã mồ hôi, chảy nước mắt, nước mũi. Phần lớn bệnh nhân trên 50 tuổi . Khám ngoài cơn không thấy có triệu chứng khách quan thần kinh.

- Theo Y học cổ truyền, đau thần kinh số V thuộc chứng “Thống phong” do Trường Vị nhiệt hoặc Can Đởm nhiệt sinh phong nhiệt đi lên gây tắc trở vận hành khí huyết các kinh dương cùng bên mặt.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Đau dây thần kinh V tiên phát (đau dây thần kinh tam thoa)

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đau thần kinh V nằm trong bệnh cảnh có tổn thương thần kinh thực thể: liệt cơ nhai, mất phản xạ giác mạc, liệt các dây thần kinh sọ não khác, xơ cứng rải rác, u não.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1.** **Cán bộ y tế:** Bác sỹ , y sỹ , lương y đã được đào tạo về châm cứu.

**4.2. Phương tiện**

-Máy điện châm hai tần số bổ, tả

- Kim châm cứu vô khuẩn, loại: 6-8-10 cm, dùng riêng cho từng người bệnh

- Khay inox, kìm có mấu, bông vô khuẩn, cồn700

**4.3. Người bệnh**

 - Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.

- Tư thế người bệnh nằm ngửa hoặc ngồi.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

- Bách hội         - Phong trì         - A thị huyệt

- Hợp cốc         - Dương bạch   - Ngư yêu

- Toán trúc        - Tình minh        - Thái dương

- Đầu duy          - Quyền liêu

- Ế phong         - Suất cốc         - Nhĩ môn

- Thính cung      - Nghinh hương - Địa thương

- Giáp xa           - Thừa tương    - Hạ quan

**5.2. Thủ thuật**

Xác định và sát trùng da vùng huyệt, châm kim qua da nhanh đẩy kim từ từ theo hướng đã định, châm phải đạt đắc khí.

Châm tả:

     + Bách hội        + Phong trì

+ A thị huyệt     + Hợp cốc

\*Chọn các huyệt nằm trên vùng da do nhánh dây thần V chi phối :

Đau nhánh V1:

+ Dương bạch- Ngư yêu

+ Toản trúc- Tình minh

+ Thái dương - Đồng tử liêu

+ Đầu duy

Đau nhánh V2:

+ Quyền liêu

+ Ế phong

+ Suất cốc

+ Nhĩ môn -Thính cung

+ Nghinh hương

Đau nhánh V3 :

+ Địa thương - Giáp xa

+ Thừa tương + Hạ quan

**5.3. Kích thích bằng máy điện châm**

- Tần số: + Tả: 6- 20Hz, + Bổ: 0,5- 4Hz

- Cường độ: 14-150 microAmpe, tăng dần tới ngưỡng bệnh nhân chịu được.

- Thời gian: 15-20 phút cho một lần điện châm.

**5.4. Liệu trình điều trị**

Điện châm ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 10-15 lần châm tuỳ theo mức độ bệnh và đáp ứng điều trị .

**6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi:** toàn trạng bệnh nhân, cường độ và tần số cơn đau

**6.2.** **Xử lý tai biến**

***6.1. Vựng châm:*** Người bệnh hoa mắt chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: tắt máy điện châm, rút kim ngay,nằm đầu thấp, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước trà đường nóng, cho người bệnh nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt: Thái dương, Nội quan. Theo dõi sát mạch, huyết áp

***6.2. Chảy máu khi rút kim***: dùng bông khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THẦN KINH SỐ VII NGOẠI BIÊN

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Liệt dây thần kinh số VII ngoại biên là mất hoặc giảm vận động nửa mặt của những cơ bám da mặt do dây thần kinh số VII chi phối , có dấu hiệu Charles-Bell dương tính .

- Theo Y học cổ truyền, bệnh thuộc chứng “khẩu nhãn oa tà” do phong hàn, phong nhiệt, huyết ứ xâm phạm vào lạc mạch của ba kinh dương ở mặt làm khí huyết kém điều hoà kinh cân thiếu dinh dưỡng không co lại được. Bệnh nhân thường có biểu hiện miệng méo, mắt bên liệt nhắm không kín

**2. CHỈ ĐỊNH**

Liệt thần kinh số VII do lạnh, nhiễm khuẩn, nhiễm virus, chấn thương.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Liệt thần kinh số VII trong bệnh cảnh nặng khác: hôn mê, u não, áp xe não, suy hô hấp, tai biến mạch máu não vùng thân não, bệnh nhân tâm thần .

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Cán bộ y tế:** Bác sỹ , y sỹ , lương y đã được đào tạo về châm cứu.

**4.2. Phương tiện**

-Máy điện châm hai tần số bổ, tả

- Kim châm cứu vô khuẩn, loại: 6-8-10 cm, dùng riêng cho từng người bệnh

- Khay inox, kìm có mấu, bông vô khuẩn, cồn700

**4.3. Người bệnh**

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.

- Tư thế người bệnh nằm ngửa hoặc ngồi.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

- Thái dương                 - Dương bạch

- Ngư yêu                     - Toản trúc                    - Tình minh

- Quyền liêu                   - Nghinh hương             - Địa thương

- Giáp xa                       - Nhân trung                  - Phong trì

- Bách hội                     - Thừa tương                - Hợp cốc

**5.2. Thủ thuật**

Xác định và sát trung da vùng huyệt, châm kim qua da nhanh, đẩy kim từ từ hướng huyệt đã định, châm phải đạt đắc khí .

Châm tả:

- Thái dương- Đồng tử liêu            - Dương bạch -Ngư yêu

- Toản trúc -Tình minh                  - Quyền liêu - Nghinh hương

- Địa thương- Giáp xa                   - Nhân trung

- Phong trì                                             - Bách hội

- Thừa tương                                        - Hợp cốc bên đối diện

**5.3. Kích thích bằng máy điện châm**

- Tần số: + Tả: 6- 20Hz, + Bổ: 0,5- 4Hz

- Cường độ: 14-150 microAmpe, tăng dần tới ngưỡng bệnh nhân chịu được.

- Thời gian: 15-20 phút cho một lần điện châm.

**5.4. Liệu trình điều trị**

Điện châm ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 15-30 lần châm tuỳ theo mức độ bệnh và đáp ứng điều trị .

**6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi:** toàn trạng bệnh nhân

**6.2.** **Xử lý tai biến**

***6.1. Vựng châm:***

Người bệnh hoa mắt chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: tắt máy điện châm, rút kim ngay,nằm đầu thấp, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước trà đường nóng, cho người bệnh nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt: Thái dương, Nội quan. Theo dõi sát mạch, huyết áp

***6.2. Chảy máu khi rút kim***: Dùng bông khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT TỨ CHI DO CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Chấn thương cột sống cổ thường gặp trong tai nạn giao thông, lao động, tùy vào vị trí và mức độ tổn thương bệnh nhân có thể giảm hoặc mất vận động chủ động tứ chi hoàn toàn, thường kèm theo rối loạn cảm giác và rối loạn cơ tròn,

Theo YHCT chấn thương gây làm kinh mạch tắc nghẽn, khí trệ huyết ứ gây liệt.

**2. CHỈ ĐỊNH**

- Chấn thương cột sống sau giai đoạn cấp không có chỉ định ngoại khoa.

- Sau phẫu thuật cột sống bệnh nhân có chỉ định phục hồi chức năng.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân trong giai đoạn cấp, choáng tủy

- Bệnh nhân có chỉ định ngoại khoa.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện** Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

**4.2. Phương tiện**

- Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 - 10 cm, dùng riêng cho từng người

- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.

- Khay men, bông, cồn 70o, kẹp có mấu.

**4.3. Người bệnh**

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định

- Tư thế người bệnh nằm sấp hoặc nằm nghiêng

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

***- Liệt chi trên,*** châm tả các huyệt

+ Giáp tích cổ nơi đốt sống cổ tổn thương + Đại chùy + Kiên trinh

+ Cực tuyền + Kiên ngung + Tý nhu + Khúc trì

+ Thủ tam lý + Ngoại quan + Chi câu + Bát tà

+ Hợp cốc + Lao cung

***- Liệt chi dưới,*** châm tả các huyệt

+ Giáp tích L2-S1 + Trật biên + Hoàn khiêu + Ân môn

+ Thừa phù + Ủy trung + Dương lăng tuyền + Giải khê

+ Thái xung + Địa ngũ hội + Khâu khư + Bát phong

***- Rối loạn cơ tròn,*** châm tả các huyệt

+ Khúc cốt + Đại trường du + Bàng quang du

+ Trường cường + Quan nguyên + Khí hải

***- Châm bổ các huyệt***

+ Tam âm giao + Trung đô + Huyết hải

+ Âm liêm + Thận du + Túc tam lý

**5.2. Thủ thuật**

***- Bước 1*** Xác định và sát trùng da vùng huyệt

***- Bước 2*** Châm kim vào huyệt theo các thì sau

*Thì 1* Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyệt; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyệt.

*Thì 2* Đẩy kim từ từ tới huyệt, kích thích kim cho đến khi đạt”Đắc khí” (bệnh nhân có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyệt vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyệt).

***- Bước 3. Kích thích huyệt bằng máy điện châm***

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyệt theo tần số bổ- tả của máy điện châm

- Tần số (đặt tần số cố định) Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.

- Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 micro-Ampe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).

+ Thời gian 20 - 30 phút cho một lần điện châm.

***- Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyệt vừa châm.***

**5.3. Liệu trình điều trị**

- Điện châm ngày một lần

- Một liệu trình điều trị từ 30 40 lần điện châm.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi toàn trạng**

**6.2. Xử lý tai biến**

***- Vựng châm***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí* Tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt Thái dương, Nội quan. Theo dõi mạch, huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim*** dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Đau sau khi phẫu thuật là một chứng trạng mà tát cả các bệnh nhân đều gặp phải có nhiều mức độ đau khác nhau tuỳ theo từng loại phẫu thuật, đau mỏi cơ là một trong các chứng trạng mà bệnh nhân tự cảm thấy.

- Theo y học cổ truyền đau sau phẫu thuật là do khí huyết không điều hòa, mạch lạc bị ngăn trở. Nguyên nhân sinh bệnh này hoặc do tà khí trì trệ, hoặc do khí huyết bất túc, mạch lạc mất sự nuôi dưỡng, gây nên đau.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Đau trong tất cả các trường hợp phẫu thuật ở mọi lứa tuổi.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Vết thương còn hở.

- Vùng phẫu thuật đang viêm, sưng, có dịch chảy và đau khi chạm vào.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện**

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh..

**4.2. Phương tiện**

- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.

- Kim châm cứu vô khuẩn, loại 6 - 20 cm, dùng riêng cho từng người bệnh.

- Khay men, kìm có mấu, bông, cồn 70°.

**4.3. Người bệnh:**

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.

- Tư thế nằm hoặc ngồi thoải mái

**5. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt (thiếu bổ tả)**

- Vùng đầu, mặt, cổ

+ Bách hội + Tứ thần thông + Phong trì

+ Thái dương + Dương bạch + Quyền liêu

+ Ế phong + Hạ quan + Địa thương

+ Giáp xa + Đại nghinh + Liêm tuyền

+ Nhân nghinh + Thuỷ đột + Khí xá

- Vùng ngực, bụng

+ Đản trung + Nhũ căn + Trung phủ

+ Vân môn + Thiên đột + Khuyết bồn

+ Trung quản + Đại hoành + Quan nguyên

+ Khí hải + Trung cực + Quy lai

- Vùng vai, gáy

+ Phong trì + Kiên tỉnh + Kiên liêu

+ Thiên tông + Kiên ngoại du + Đại trữ

+ Kiên liêu

- Vùng lưng

+ Can du + Cách du + Tỳ du

+ Thận du + Chí thất + Đại trường du

+ Tam tiêu du

- Vùng mông và chi dưới

+ Hoàn khiêu + Trật biên + Thừa phù

+ Ân môn + Uỷ trung + Thừa sơn

+ Côn lôn + Dương giao + Dương lăng tuyền

- Chi trên

+ Kiên tỉnh + Tý nhu + Khúc trì

+ Thủ tam lý + Ngoại quan + Chi câu

+ Hợp cốc + Bát tà + Nội quan

+ Khúc trạch

**5.2. Thủ thuật**

***- Bước 1*** Xác định và sát trùng da vùng huyệt

***- Bước 2*** Châm kim vào huyệt theo các thì sau

*Thì 1* Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyệt; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyệt.

*Thì 2* Đẩy kim từ từ tới huyệt, kích thích kim cho đến khi đạt”Đắc khí” (bệnh nhân có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyệt vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyệt).

***- Bước 3. Kích thích huyệt bằng máy điện châm***

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyệt theo tần số bổ- tả của máy điện châm

- Tần số (đặt tần số cố định) Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.

- Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 micro-Ampe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).

+ Thời gian 20 - 30 phút cho một lần điện châm.

***- Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyệt vừa châm.***

**5.3. Liệu trình điều trị**

- Điện châm ngày một lần

- Một liệu trình điều trị từ 20 - 30 lần điện châm, tùy theo mức độ bệnh.

**6.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi** Theo dõi toàn trạng và diễn biến của bệnh.

**6.2. Xử trí tai biến**

***- Vựng châm***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí* Tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt Thái dương, Nội quan. Theo dõi mạch, huyết áp.

**- Chảy máu khi rút kim** dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU DÂY THẦN KINH LIÊN SƯỜN

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Đau dây thần kinh liên sườn là bệnh cảnh xuất hiện khi dây thần kinh liên sườn bị tổn thương (viêm nhiễm, chèn ép) tuỳ vào vị trí mức độ, số lượng dây thần kinh liên sườn bị tổn thương trên lâm sàng mà bệnh nhân có biểu hiện khác nhau. Bệnh thường đau tại nơi tổn thương khi ấn vào, đau chạy dọc theo đường đi của dây thần kinh, đau tăng khi ho, hít thở sâu, căng dãn lồng ngực . Đau thần kinh liên hay gặp trong bệnh lý cột sống , chấn thương lồng ngực , Zona .

- Theo Y học cổ truyền, bệnh thuộc chứng “ Hiếp thống” do Can khí uất kết, Can hoả quá mạnh hoặc do khí trệ huyết ứ , đàm ẩm. Bệnh nhân thường đau một hoặc hai bên mạng sườn, ngực sườn đầy tức, dễ cáu giận, miệng đắng, mạch huyền, khẩn.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Đau thần kinh liên sườn do lạnh, sau chấn thương, Zona .

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đau thần kinh liên sườn triệu chứng trong bệnh cảnh có ép tuỷ ( Lao cột sống, u tuỷ, chấn thương cột sống …)

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1.** **Cán bộ y tế:** Bác sỹ , y sỹ , lương y đã được đào tạo về châm cứu.

**4.2. Phương tiện**

-Máy điện châm hai tần số bổ, tả

- Kim châm cứu vô khuẩn, loại: 6-8-10 cm, dùng riêng cho từng người bệnh

- Khay men, kìm có mấu, bông, cồn700

**4.3. Người bệnh**

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.

- Tư thế người bệnh nằm nghiêng, bên đau quay lên phía trên

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

- Nội quan - Chương môn - Đại bao

- Thiên trì - Hành gian - A thị huyệt

- Phong long - Kỳ môn - Chi câu

- Can du - Thái khê - Huyết hải

**5.2. Thủ thuật**

Xác định và sát trùng da vùng huyệt, châm kim qua da nhanh đẩy kim từ từ theo hướng đã định, châm phải đạt đắc khí .

Mỗi lần chọn 6-8 huyệt dưới đây, châm tả, kim nghiêng 450:

\* Tổng huyệt: - Nội quan - Chương môn - Đại bao

- Thiên trì - Hành gian - A thị huyệt

\* Thể Đàm ẩm: - Phong long - Kỳ môn - Chi câu

\* Thể Huyết ứ: - Can du - Thái khê - Huyết hải

**5.3. Kích thích bằng máy điện châm**

- Tần số: + Tả: 6- 20Hz, + Bổ: 0,5- 4Hz

- Cường độ: 14-150 microAmpe, tăng dần tới ngưỡng bệnh nhân chịu được.

- Thời gian: 20- 30 phút cho một lần điện châm.

**5.4. Liệu trình điều trị**

Điện châm ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 10- 15 lần châm tuỳ theo mức độ bệnh và đáp ứng điều trị .

**6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi:** toàn trạng bệnh nhân, diễn biến đau.

**6.2.** **Xử lý tai biến**

***- Vựng châm:*** Người bệnh hoa mắt chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, cho người bệnh nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt: Thái dương, Nội quan. Theo dõi sát mạch, huyết áp

***- Chảy máu khi rút kim***: dùng bông khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

# QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ VIÊM ĐA DÂY THẦN KINH

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Bệnh đa dây thần kinh (polyneuropathy) có tổn thương và biểu hiện lâm sàng đối xứng cả hai bên, có rối loạn cảm giác hoặc rối loạn cảm giác vận động do thiếu vitamin B1, bệnh đa dây thần kinh tiểu đường, bệnh đa dây thần kinh do ngộ độc thuốc kháng lao hay các kim loại nặng.

Đặc điểm phân bố ngọn chi nặng hơn gốc chi, có liên quan mật thiết với chiều dài của sợi thần kinh (sợi càng dài càng bị sớm hơn và nặng hơn) do đó các sợi càng dài thì càng tăng xác suất bị tổn thương.

1. **CHỈ ĐỊNH**

Viêm dây thần kinh do các nguyên nhân.

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang ở giai đoạn nhiễm khuẩn cấp.

- Suy hô hấp, suy tim nặng.

1. **CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện:**

Bác sĩ, y sĩ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

**4.2. Phương tiện**

- Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 -10 cm, dùng riêng cho từng người

- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.

- Khay inox, bông vô khuẩn, cồn 70°, kẹp có mấu.

**4.3. Người bệnh**

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.

- Tư thế người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng.

**5. Phác đồ huyệt**

**5.1. Châm tả các huyệt**

*\* Viêm đa dây thần kinh thuộc chi trên.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - Giáp tích C4- C7 | - Thủ tam lý |  |
| - Kiên ngung | - Chi câu |  |
| - Tý nhu | - Hợp cốc | - Thiên tỉnh |
| - Khúc trì | - Lao cung | - Kiên trinh |
| - Túc tam lý | - Huyết hải | - Ngoại quan |
| \* *Viêm đa dây thần kinh thuộc chi dưới* | | |  |
| - Giáp tích L2- L4 | -Ân môn | -Huyết hải |
| - Thứ liêu | - Ủy trung | - Giải khê |
| - Trật biên | - Thừa sơn | - Khâu khư |
| - Hoàn khiêu | - Côn lôn | - Thái xung |
| - Thừa phù | - Dương lăng tuyền |  |

* ***Châm bổ các huyệt*** (trong trường hợp trạng thái hư)

+ Huyết hải + Túc tam lý

**5.2. Thủ thuật**

***Bước 1:*** Xác định và sát trùng da vùng huyệt.

***Bước 2:*** Châm kim vào huyệt theo các thì sau:

*Thì* 1 Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyệt;

Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyệt.

*Thì 2* Đẩy kim từ từ tới huyệt, kích thích kim cho đến khi đạt *“Đắc khí”* (bệnh nhân có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyệt vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyệt).

**Bước 3***:* **Kích thích huyệt bằng máy điện châm.**

- Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyệt theo tần số bổ-tả của máy điện châm

- Tần số (đặt tần số cố định) Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.

- Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tuỳ theo mức chịu đựng của người bệnh).

- Thời gian :15-20n phút cho một lần điện châm.

**Bước 4***:* **Rút kim, sát khuẩn da vùng huyệt vừa châm*.***

**5.3. Liệu trình điều trị**

- Điện châm ngày 1 lần

- Một liệu trình điều trị từ 20 - 25 lần điện châm.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi** Toàn trạng

**6.2. Xử lý tai biến**

***- Vựng châm***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí* Tắt máy điện châm, rút kim ngay,nằm đầu thấp, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước trà đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt Thái dương, Nội quan. Theo dõi mạch, huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim*** dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ VIÊM ĐA KHỚP DẠNG THẤP

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Viêm đa khớp dạng thấp là bệnh khớp mạn tính chưa rõ căn nguyên, được coi là bệnh tự miễn biểu hiện đặc trưng là hiện tượng viêm màng hoạt dịch ăn mòn ở các khớp ngoại biên đối xứng, diễn biến kéo dài, tiến triển từng đợt và xương dưới sụn gây biến dạng khớp, dính khớp và giảm chức năng hoạt động của khớp.

- Theo Y học cổ truyền Viêm đa khớp dạng thấp thuộc chứng tý chỉ sự bế tắc kinh khí ở các khớp gây đau, sưng nóng đỏ lâu ngày gây biến dạng khớp, cứng khớp

**2. CHỈ ĐỊNH**

- Đau sưng nóng đỏ một hay nhiều khớp xương.

- Đau co cứng các cơ không duỗi ra được.

- Đau nhức toàn thân, tê mỏi các khớp, bắp thịt, tay chân nặng nề cử động khó khăn.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đau sưng các khớp trên bệnh cảnh nặng khác như: Hôn mê, ngộ độc, đái tháo đường, viêm tắc tĩnh mạch chi…

- Bệnh các chất tạo keo, dầy dính các khớp, nhiễm trùng các cơ, khớp.

- Bong sụn chêm khớp gối.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Cán bộ y tế:** Bác sỹ, y sĩ, lương y được đào tạo về châm cứu.

**4.2. Phương tiện**

- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.

- Kim châm cứu vô khuẩn, loại 6 - 20 cm, dùng riêng cho từng người bệnh.

- Khay men, kìm có mấu, bông, cồn 70°.

**4.3. Người bệnh:**

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.

- Tư thế nằm hoặc ngồi thoải mái

**5. Các bước tiến hành**

**5.1. Phác đồ huyệt**

- Túc tam lý - Quan nguyên

- Thận du - Huyết hải

\* Tuỳ theo vị trí bị bệnh mà chọn thêm các huyệt:

- Khớp vai: + Kiên tỉnh + Kiên ngung

+ Kiên trinh + Trung phủ

- Khớp cổ tay, bàn tay: + Ngoại quan + Hợp cốc

+ Lao cung + Bát tà

+ Dương trì + Hậu khê

- Khớp háng: + Trật biên + Hoàn khiêu

+ Thứ liêu + Giáp tích L2-S1

- Khớp gối: + Độc tỵ + Tất nhãn

+ Huyết hải + Uỷ trung

+ Dương lăng tuyền

- Khớp bàn chân, cổ chân: + Giải khê + Thái khê

+ Côn lôn + Bát phong

**5.2. Thủ thuật**

Xác định và sát trùng da vùng huyệt, châm kim qua da nhanh, đẩy kim tới huyệt theo hướng đã định, châm phải đạt đắc khí.

\* Châm bổ: + Túc tam lý + Quan nguyên

+ Thận du + Huyết hải.

\* Châm tả:

- Khớp vai: + Kiên tỉnh + Kiên ngung

+ Kiên trinh + Trung phủ

- Khớp cổ tay, bàn tay: + Hợp cốc (xuyên) lao cung

+ Ngoại quan + Bát tà

+ Dương trì + Hậu khê

- Khớp háng: + Trật biên + Hoàn khiêu

+ Thứ liêu + Giáp tích L2-S1

- Khớp gối: + Độc tỵ + Tất nhãn

+ Huyết hải + Uỷ trung

+ Dương lăng tuyền

- Khớp bàn chân, cổ chân: + Giải khê + Thái khê

+ Côn lôn + Bát phong.

**5.3. Kích thích bằng máy điện châm**

- Tần số: + Tả: 6- 20Hz, + Bổ: 0,5- 4Hz

- Cường độ: 14-150micro Ampe

- Thời gian: 20-30 phút cho một lần điện châm.

**5.4. Liệu trình**

Điện châm ngày một lần, kết hợp với điều trị nguyên nhân cho đến khi bệnh nhân ổn định.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

***- Vựng châm:*** Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim:*** dùng bông khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU DO THOÁI HÓA KHỚP

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Thoái hóa khớp là những bệnh của khớp và cột sống đau mạn tính, không có biểu hiện của viêm. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa của sụn khớp và đĩa đệm cột sống, những thay đổi ở phần xương dưới sụn và màng hoạt dịch.

- Nguyên nhân chính của bệnh là quá trình lão hóa và tình trạng chịu áp lực quá tải và kéo dài của sụn khớp.

**2. CHỈ ĐỊNH**

- Đau nhức, thoái hóa tất cả các khớp.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tuân theo các chống chỉ định chung của châm.

- Người bệnh bị sốt kéo dài, mất nước, mất máu.

- Người bệnh đang trong tình trạng cấp cứu

- Người bệnh bị suy tim, loạn nhịp tim.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện** Bác sỹ, y sỹ, lương y được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

**4.2. Phương tiện**

- Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 - 10 cm, dùng riêng cho từng người

- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.

- Khay men, bông, cồn 70o, kẹp có mấu.

**4.3. Người bệnh**

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định

- Tư thế bệnh nhân ngồi, nằm sấp, nằm ngửa hoặc nằm nghiêng.

**5. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

***\* Thực chứng***

*- Châm tả các huyệt*

*- Vùng cổ- vai tay*

+ C1 - C7 + Phong trì + Bách hội

+ Kiên trung du + Kiên ngoại du + Đại chữ

+ Kiên tỉnh + Kiên liêu + Kiên ngung

+ Kiên trinh + Thiên tông + Khúc trì

+ Thủ tam lý + Ngoại quan + Hợp cốc

+ Bát tà

*- Vùng lưng, thắt lưng, hông*

+ Thứ liêu + Giáp tích L2-S1

+ Đại trường du + Tiểu trường du + Yêu dương quan

+ Trật biên + Hoàn khiêu + Thứ liêu

+ Can du + Đởm du + Tỳ du

+ Vị du + Tâm du + Cách du

*- Vùng chân*

+ Độc tỵ + Tất nhãn + Huyết hải

+ Ủy trung + Dương lăng tuyền + Lương khâu

*- Vùng cổ chân*

+ Giải khê + Xung dương + Lệ đoài

+ Bát phong + Côn lôn + Thái xung

***\* Hư chứng***

Ngoài châm tả các huyệt như thực chứng, châm bổ các huyệt sau

*- Nếu Can hư*

+ Thái xung + Tam âm giao

*- Nếu Thận hư*

+ Thái khê + Thận du + Quan nguyên

*- Tỳ hư*

+ Thái Bạch + Tam âm giao

**5.2. Thủ thuật**

***- Bước 1*** Xác định và sát trùng da vùng huyệt

***- Bước 2*** Châm kim vào huyệt theo các thì sau

*Thì 1* Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyệt; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyệt.

*Thì 2* Đẩy kim từ từ tới huyệt, kích thích kim cho đến khi đạt”Đắc khí” (bệnh nhân có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyệt vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyệt).

***- Bước 3. Kích thích huyệt bằng máy điện châm***

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyệt theo tần số bổ- tả của máy điện châm

- Tần số (đặt tần số cố định) Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.

- Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 micro-Ampe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).

+ Thời gian 20 - 30 phút cho một lần điện châm.

***- Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyệt vừa châm.***

**5.3. Liệu trình điều trị**

- Điện châm ngày một lần

- Một liệu trình điều trị từ 10 - 15 lần điện châm.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi toàn trạng**

**6.2. Xử lý tai biến**

***- Vựng châm***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí* Tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt Thái dương, Nội quan. Theo dõi mạch, huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim*** dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU LƯNG

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Đau lưng là một chứng bệnh do nhiều nguyên nhân.

- Nguyên nhân do cảm nhiễm phải hàn thấp, bị ngã, do mang vác nặng, sai tư thế (gây đau lưng cấp) hoặc do thận hư (gây đau lưng mạn).

Mục đích của châm cứu làm cho người hết đau, trở lại sinh hoạt bình thường.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Đau lưng do hàn thấp, do thận hư, do ứ huyết.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đau lưng do lao cột sống hoặc do các khối u chèn ép.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Cán bộ y tế**

Bác sĩ, y sĩ, l­ương y đ­ược đào tạo về châm cứu.

**4.2. Phương tiện**

- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.

- Kim châm cứu vô khuẩn loại: 6-10-15cm, dùng riêng cho từng người.

- Khay men, kìm có mấu, bông, cồn 70°.

**4.3. Người bệnh**

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.

- Tư thế nằm sấp.

**5 CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

***+ Đau lưng thể hàn thấp:***

- Thận du - Dương lăng tuyền

- Yêu dương quan - Côn lôn

- Thứ liêu - Ủy trung

- Hoàn khiêu

***+ Nếu đau vùng bả vai:***

- Giáp tích D1, D3 - Kiên ngoại du

- Kiên tỉnh - Kiên trung du

- Kiên liêu

***+ Đau lưng thể thận hư:***

- Thận du - Ủy trung

- Mệnh môn

- Nếu thận dương hư thêm: Chí thất, Quan nguyên.

***+ Đau lưng thể ứ huyết:***

- A thị huyệt - Thứ liêu

- Trật biên - Ủy trung

- Hoàn khiêu - Cách du

- Yêu dương quan - Dương lăng tuyền

**5.2. Thủ thuật**

Xác định và sát trùng da vùng huyệt, châm kim qua da nhanh, đẩy kim từ từ theo hướng huyệt đã định, đạt đắc khí.

***+ Đau lưng thể hàn thấp, thể thận hư:*** Châm bổ các huyệt trên kết hợp với cứu.

Nếu đau vùng bả vai châm tả các huyệt: Giáp tích D1-D3, Kiên tỉnh, Kiên liêu, Kiên ngoại du, Kiên trung du.

***+ Đau lưng thể ứ huyết:*** Châm tả mạnh huyệt Trật biên xuyên Hoàn khiêu, A thị huyệt, Yêu dương quan, Thứ liêu, ủy trung, Dương lăng tuyền.

Kết hợp với xoa bóp ấn, day, lăn trên vùng đau.

***+ Nếu đau dọc cột sống:*** Châm tả mạnh với kim dài xuyên trên các huyệt Giáp tích tương ứng với vùng đau.

Kết hợp châm rồi cứu các huyệt : Đại chùy, Phong phủ, Tích trung, Yêu du, Thận du.

**5.3. Kích thích bằng máy điện châm**

- Tần số: + Tả: 6- 20Hz, + Bổ: 0,5- 4Hz

- Cường độ: Từ 14-150micro Ampe

- Thời gian:20-30 phút cho một lần điện châm

**5.4. Liệu trình điều trị**

Điện châm ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 10-15 lần châm, có thể tiến hành 2-3 liệu trình liên tục.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi:** Theo dõi sự tiến triển của người bệnh, nếu sau một liệu trình mà không có chuyển biến rõ, cần phải xác định nguyên nhân do đâu, để có hướng điều trị thích hợp tiếp theo, trường hợp do thoát vị đĩa đệm cần phải kết hợp với kéo dãn cột sống hoặc phải phẫu thuật.

**6.2. Xử lý tai biến**

***- Vựng châm:*** Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim:*** dùng bông khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU QUANH KHỚP VAI

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Đau quanh khớp vai do bệnh lý của dây chằng, bao khớp vai.

- Đau quanh khớp vai thuộc chứng tý của y học cổ truyền, bệnh thường do phong, hàn, thấp gây ra.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh được chẩn đoán đau quanh khớp vai.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp đau quanh khớp vai có kèm theo nhiễm trùng tại chỗ.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Cán bộ y tế:** Bác sĩ, y sĩ, l­ương y đ­ược đào tạo về châm cứu.

**4.2. Phương tiện**

- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.

- Kim châm cứu vô khuẩn, loại: 6-10-15cm, dùng riêng cho từng người bệnh.

- Khay men, kìm có mấu, bông, cồn 70°.

**4.3. Người bệnh**

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.

- Tư thế người có thể ngồi hoặc nằm.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

- Kiên tỉnh - Kiên ngung

- Kiên trinh - Tý nhu

- Thiên tuyền - Khúc trì.

**5.2. Thủ thuật**

Xác định và sát trùng da vùng huyệt, châm kim qua da nhanh, đẩy kim từ từ theo hướng huyệt đã định, châm tả và phải đạt đắc khí:

Châm tả: - Kiên ngung xuyên Tý nhu hoặc từ huyệt Kiên ngung xuyên Khúc trì.

- Kiên trinh

- Thiên tuyền

- Kiên tỉnh hướng tới mỏm vai.

**5.3. Kích thích bằng máy điện châm**

- Tần số tả : 6-20Hz.

- Cường độ: Từ 14-150micro Ampe

- Thời gian:20-30 phút cho một lần điện châm

**5.4. Liệu trình điều trị**

Điện châm ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 10-15 lần châm, có thể tiến hành 2-3 liệu trình liên tục.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi:** Nếu có biểu hiện hạn chế vận động khớp vai nên kết hợp với xoa bóp bấm huyệt, hoặc các phương pháp phục hồi chức năng khác, để khôi phục lại các động tác vận động của khớp vai.

**6.2. Xử lý tai biến**

- Vựng châm: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

- Chảy máu khi rút kim: dùng bông khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

# ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG VAI GÁY

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Hội chứng đau vai gáy là bệnh hay gặp trên lâm sàng, bệnh liên quan đến bệnh lý đốt sống cổ .Tuỳ theo mức độ và vị trí tổn thương bệnh nhân có những rối loạn cảm giác và vận động do các rễ thần kinh thuộc đám rối thần kinh cánh tay chi phối .Thường gặp đau hoặc tê sau gáy lan xuống vai tay có thể đơn độc hoặc kết hợp với yếu , giảm trương lực các cơ tưong ứng với các rễ thần kinh bị thương tổn chi phối .

- Theo Y học cổ truyền, do tấu lý sơ hở phong hàn thấp thừa cơ xâm nhập gây tổn thương kinh lạc, cản trở lưu thông khí huyết, gây đau. Bệnh lâu ngày gây tổn thương cân cơ gây yếu, teo cơ.

**2. CHỈ ĐỊNH**: Đau vai gáy do thoái hoá đốt sống cổ

**3 CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đau vai gáy trong bệnh cảnh có ép tuỷ cổ (viêm tuỷ, thoát vị đĩa đệm thể trung tâm, u tuỷ, rỗng tuỷ …)

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1.** **Cán bộ y tế:** Bác sỹ , y sỹ , lương y đã được đào tạo về châm cứu.

**4.2. Phương tiện**

-Máy điện châm hai tần số bổ, tả

- Kim châm cứu vô khuẩn, loại: 6-8-10 cm, dùng riêng cho từng người bệnh

- Khay men, kìm có mấu, bông, cồn700

**4.3. Người bệnh**

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.

- Tư thế người bệnh ngồi.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

- Phong trì - Phong phủ - Thiên trụ

- Giáp tích C4-C7 - Đại chuỳ - Kiên trung du

- Kiên tỉnh - Kiên ngung - Kiên trinh

- Thiên tông - Khúc trì - Tiểu hải

- Ngoại quan - Hợp cốc - Lạc chẩm

- Hậu khê - A thị huyệt

**5.2. Thủ thuật**

Xác định và sát trùng da vùng huyệt, châm kim qua da nhanh đẩy kim từ từ theo hướng đã định, châm phải đạt đắc khí .

Mỗi lần chọn 6-8 huyệt dưới đây , châm tả:

- Phong trì - Phong phủ - Thiên trụ

- Giáp tích C4-C7 - Đại chuỳ - Kiên trung du

- Kiên tỉnh - Kiên ngung - Kiên trinh

- Thiên tông - Khúc trì - Tiểu hải

- Ngoại quan - Hợp cốc - Lạc chẩm

- Hậu khê - A thị huyệt

**5.3. Kích thích bằng máy điện châm**

- Tần số: + Tả: 6- 20Hz, + Bổ: 0,5- 4Hz

- Cường độ: 14-150 microAmpe, tăng dần tới ngưỡng bệnh nhân chịu được.

- Thời gian: 20- 30 phút cho một lần điện châm.

**5.4. Liệu trình điều trị**

Điện châm ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 10- 20 lần châm tuỳ theo mức độ bệnh và đáp ứng điều trị .

**6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi:** toàn trạng bệnh nhân, rối loạn cảm giác , vận động .

**6.2.** **Xử lý tai biến**

***- Vựng châm:*** Người bệnh hoa mắt chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, cho người bệnh nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt: Thái dương, Nội quan. Theo dõi sát mạch, huyết áp

***- Chảy máu khi rút kim***: dùng bông khô vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

# THỦY CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT NỬA NGƯỜI

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Liệt nửa người là hiện tượng giảm hoặc mất vận động chủ động của một nữa bên cơ thể gồm: Chân tay cùng bên và có thể kèm theo liệt nữa mặt cùng bên do tổn thương trung ương xâm phạm vào bó tháp.

Có 2 loại: Liệt mềm và liệt cứng

+ Liệt mềm nữa người chỉ xuất hiện tạm thời, ngay sau khi tổn thương, có thể liệt hoàn toàn hoặc không hoàn toàn, xuất hiện ở các cơ duỗi chi trên và các cơ gấp chi dưới, trương lực cơ giảm, mất hoặc giảm phản xạ gân xương bên liệt.

+ Liệt cứng nữa người là giai đoạn tiếp theo của liệt mềm, tăng phản xạ gân xương, co cứng tháp, có dấu hiệu babinski.

Theo Y học cổ truyền gọi là Bán thân bất toại, thuộc chứng trúng phong.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh liệt nửa người, không hôn mê; mạch, huyết áp, nhịp thở ổn định.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh đang hôn mê, các chỉ số mạch, huyết áp, nhịp thở chưa ổn định.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện** Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

**4.2. Phương tiện**

- Bơm tiêm vô khuẩn 5cc, dùng riêng cho từng người

- Thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp

- Khay men, bông, cồn 70o, kẹp có mấu.

- Hộp thuốc chống choáng.

**4.3. Người bệnh**

- Được tư vấn, giải thích trước khi vào điều trị

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định .

- Tư thế bộc lộ vùng huyệt thủy châm.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

- Liệt mặt, thủy châm các huyệt: Ế Phong - Quyền liêu - Giáp xa - Phong trì - Thái dương

- Liệt tay, thủy châm các huyệt: Kiên ngung - Kiên trinh - Khúc trì - Ngoại quan - Hợp cốc

- Liệt chân, thủy châm các huyệt: Giáp tích L4- L5 - Hoàn khiêu - Túc tam lý - Thừa sơn - Dương lăng tuyền - Giải khê - Hành gian

**5.2 Thủ thuật**

- Bước 1. Lấy thuốc vào bơm tiêm

- Bước 2. Thử test

- Bước 3. Tiến hành thủy châm Việc thủy châm vào huyệt vị phải nhẹ nhàng, dứt khoát theo các thì như sau

+ Thì 1 dùng hai ngón tay ấn và căng da vùng huyệt, sau đó tiến kim qua da vùng huyệt nhanh, dứt khoát vào đến huyệt, bệnh nhân thấy cảm giác tức nặng tại vị trí kim châm (cảm giác đắc khí)

+ Thì 2 từ từ bơm thuốc vào huyệt, mỗi huyệt 1- 2 ml thuốc.

+ Thì 3 Rút kim nhanh qua da, sát trùng vị trí tiêm.

**5.3. Liệu trình điều trị**

- Thủy châm một ngày một lần, mỗi lần thủy châm vào 2- 3 huyệt.

- Một liệu trình điều trị từ 10-15 lần thuỷ châm, người bệnh nghỉ 10 ngày để điều trị liệu trình tiếp theo

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi toàn trạng**

**6.2. Xử lý tai biến**

*Triệu chứng:* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí:* Rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt Thái dương, Nội quan. Theo dõi mạch, huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim*** dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

# THỦY CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA

**1. ĐẠI CƯƠNG:**

Đau thần kinh tọa là một chứng bệnh do nhiều nguyên nhân cơ năng và thực thể gây ra như: do lạnh, thoát vị đĩa đệm, viêm nhiễm, khối u chèn ép...

Theo y học cổ truyền đau thần kinh tọa được miêu tả trong phạm vi chứng tý, nguyên nhân thường do phong, hàn, thấp, nhiệt xâm phạm vào kinh Bàng quang và kinh Đởm gây ra.

**2. CHỈ ĐỊNH:**

Đau thần kinh tọa do phong hàn thấp, do thoái hóa cột sống.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

Đau thần kinh tọa kèm theo nhiễm trùng tại chỗ.

**4. CHUẨN BỊ:**

**4.1. Người thực hiện:** Bác sĩ, y sĩ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

**4.2. Phương tiện**

- Bơm tiêm vô khuẩn 5cc, dùng riêng cho từng người

- Thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp

- Khay men, bông, cồn 70o, kẹp có mấu.

- Hộp thuốc chống choáng.

**4.3. Người bệnh**

- Được tư vấn, giải thích trước khi vào điều trị

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định .

- Tư thế bộc lộ vùng huyệt thủy châm.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:**

**5.1. Phác đồ huyệt**

- Giáp tích L3, L5, S1 - Đại trường du - Thứ liêu

- Trật biên - Hoàn khiêu - Thừa phù

- Ủy trung - Thừa sơn

- Côn lôn - Dương lăng tuyền.

**5.2 Thủ thuật**

- Bước 1. Lấy thuốc vào bơm tiêm

- Bước 2. Thử test

- Bước 3. Tiến hành thủy châm việc thủy châm vào huyệt vị phải nhẹ nhàng, dứt khoát theo các thì như sau

+ Thì 1 dùng hai ngón tay ấn và căng da vùng huyệt, sau đó tiến kim qua da vùng huyệt nhanh, dứt khoát vào đến huyệt, bệnh nhân thấy cảm giác tức nặng tại vị trí kim châm (cảm giác đắc khí)

+ Thì 2 từ từ bơm thuốc vào huyệt, mỗi huyệt 1- 2 ml thuốc.

+ Thì 3 Rút kim nhanh qua da, sát trùng vị trí tiêm.

**5.3. Liệu trình điều trị**

- Thủy châm một ngày một lần, mỗi lần thủy châm vào 2- 3 huyệt.

- Một liệu trình điều trị từ 10-15 lần thuỷ châm, người bệnh nghỉ 10 ngày để điều trị liệu trình tiếp theo

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi toàn trạng**

**6.2. Xử lý tai biến**

*Triệu chứng:* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí:* Rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt Thái dương, Nội quan. Theo dõi mạch, huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim*** dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

# THỦY CHÂM ĐIỀU TRỊ STRESS

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Stress gặp ở mọi lứa tuổi, có thể bắt đầu bị từ 10 tuổi nhưng ít có ai đến điều trị trước 20 hoặc 30 tuổi. Tỷ lệ bệnh giữa nam và nữ ngang nhau.

Stress là một bệnh được miêu tả trong phạm vi nhiều chứng bệnh của YHCT như “Kinh quý”; “Chính xung”; “Kiệu vong” (quên); “Đầu thống” (đau đầu); Thất miên (mất ngủ)…

Nguyên nhân do sang chấn về tinh thần (rối loạn tình chí) trên một trạng thái tinh thần yếu dẫn đến rối loạn công năng (tinh - thần - khí) của các tạng phủ đặc biệt là tạng Tâm, Can, Tỳ và Thận.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Những bệnh nhân thường xuyên rối loạn lo âu quá mức ở một hoặc nhiều lĩnh vực kể cả những vấn đề thường ngày như

- Luôn căng các cơ, căng thẳng đầu óc.

- Các hoạt động giao cảm quá mức như chóng mặt, quay cuồng, khô đắng miệng, đánh trống ngực…

- Các tác động của những kích thích quá mức như cảm giác đứng trên bờ vực thẳm, khó tập trung chú ý…

- Mất ngủ, khó đi vào giấc ngủ, ngủ gà ban ngày…

- Lạm dụng thuốc ngủ, thuốc an thần, lạm dụng chất kích thích như rượu thuốc lá, càfe, ma túy...

- Các triệu chứng về hô hấp như Ngộp thở, thở gấp, tức ngực...

- Các triệu chứng về sinh dục - nội tiết Mót đái, đái dắt, xuất tinh sớm, liệt dương…

- Các triệu chứng về đường ruột ỉa chảy, táo bón, đau quặn bụng…

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh nhân bị rối loạn lo âu do một bệnh thực thể thuộc chuyên khoa Tim mạch (loạn nhịp tim…); Hô hấp (hen phế quản, viêm phế quản - phổi gây khó thở, tức ngực); Thần kinh (động kinh thái dương), Bệnh tuyến giáp (Basedow)...

- Do tác dụng phụ của một số thuốc như thuốc hạ huyết áp chẹn kênh can xi, thuốc dãn phế quản (theophiline)…

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện** Bác sĩ, y sĩ, lương y được đào tạo về thủy châm.

**4.2. Phương tiện**

- Bơm tiêm vô khuẩn, loại 5 ml dùng riêng cho từng người.

- Thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp

- Khay men, kẹp có mấu, bông, cồn 700.

**4.3. Người bệnh**

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Tư thế nằm ngửa

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

Thủy châm hai bên Phong trì

- Nếu do can và tâm khí uất kết thủy châm thêm Tâm du; Cách du

- Nếu do âm hư hỏa vượng thủy châm thêm Thận du; Túc tam lý Khúc trì

- Nếu do Tâm - Tỳ khuy tổn thủy châm thêm Tâm du; Cách du; Túc tam lý.

- Nếu do thận âm, thận dương lưỡng hư thủy châm thêm Quan nguyên; Thận du; Mệnh môn

**5.2. Thủ thuật**

***Bước 1.*** Lấy thuốc vào bơm tiêm

***Bước 2.*** Thử test

***Bước 3.*** Tiến hành thủy châm Việc thủy châm vào huyệt vị phải nhẹ nhàng, dứt khoát theo các thì như sau

*Thì 1* dùng hai ngón tay ấn và căng da vùng huyệt, sau đó tiến kim qua da vùng huyệt nhanh, dứt khoát vào đến huyệt, bệnh nhân thấy cảm giác tức nặng tại vị trí kim châm (cảm giác đắc khí)

*Thì 2* từ từ bơm thuốc vào huyệt, mỗi huyệt 1- 2 ml thuốc.

*Thì 3* Rút kim nhanh qua da, sát trùng vị trí tiêm.

**5.3. Liệu trình điều trị**

Thủy châm một ngày một lần, mỗi lần thủy châm vào 2- 3 huyệt.

Một liệu trình điều trị từ 10-15 lần, có thể tiến hành 2-3 liệu trình liên tục.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi**

Theo dõi tại chỗ và toàn thân

**6.2. Xử trí tai biến**

***- Vựng châm***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí* rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt Thái dương, Nội quan. Theo dõi mạch, huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim*** dùng bông vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

# THỦY CHÂM ĐIỀU TRỊ DO TỔN THƯƠNG ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY Ở TRẺ EM

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay xảy ra trong lúc sinh hoặc do tai nạn sinh hoạt, tai nạn giao thông gây liệt hoặc giảm vận động, cảm giác của các cơ cánh tay. Nguyên nhân do đứt đoạn hoặc giãn một hoặc tất cả các dây thần kinh trụ, quay, giữa từ đám rối thần kinh cánh tay do thủ thuật kéo tay, vai khi lấy thai hoặc gãy xương, đụng dập do tai nạn

**2. CHỈ ĐỊNH**

Bệnh nhân chẩn đoán tổn thương đám rối thần kinh cánh tay,

liệt dây quay bàn tay rủ cổ cò,

liệt dây trụ bàn tay móng chân chim,

liệt dây thần kinh giữa bàn tay khỉ,

Điện cơ thấy mất hoặc giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh của dây bị tổn thương.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân liệt tay do tổn thương đám rối thần kinh cánh tay đang bị các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính ỉa chảy, viêm phổi....

- Các tổn thương Trật khớp vai, gãy xương đòn, gãy xương cánh tay chưa được giải quyết ngoại khoa triệt để.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện** Bác sĩ, y sĩ, lương y được đào tạo về thủy châm.

**4.2. Phương tiện**

- Bơm tiêm vô khuẩn, loại 5 ml dùng riêng cho từng người.

- Thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp

- Khay men, kẹp có mấu, bông, cồn 700.

**4.3. Người bệnh**

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Tư thế thoải mái, bộc lộ vùng thủy châm.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| + Kiên tỉnh | +Kiên liêu | + Khúc trì |
| + Ngoại quan | + Kiên ngung |  |

**5.2. Thủ thuật**

***Bước 1.*** Lấy thuốc vào bơm tiêm

***Bước 2.*** Thử test

***Bước 3.*** Tiến hành thủy châm Việc thủy châm vào huyệt vị phải nhẹ nhàng, dứt khoát theo các thì như sau

*Thì 1* dùng hai ngón tay ấn và căng da vùng huyệt, sau đó tiến kim qua da vùng huyệt nhanh, dứt khoát vào đến huyệt, bệnh nhân thấy cảm giác tức nặng tại vị trí kim châm (cảm giác đắc khí)

*Thì 2* từ từ bơm thuốc vào huyệt, mỗi huyệt 1- 2 ml thuốc.

*Thì 3* Rút kim nhanh qua da, sát trùng vị trí tiêm.

**5.3. Liệu trình điều trị**

Thủy châm một ngày một lần, mỗi lần thủy châm vào 2- 3 huyệt.

Một liệu trình điều trị từ 25 - 30 lần thủy châm

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi**

Theo dõi tại chỗ và toàn thân

**6.2. Xử trí tai biến**

***- Vựng châm***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí* rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt Thái dương, Nội quan. Theo dõi mạch, huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim*** dùng bông vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

# THỦY CHÂM ĐIỀU TRỊ ĐAU DO THOÁI HÓA KHỚP

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Thoái hóa khớp là những bệnh của khớp và cột sống mạn tính đau và biến dạng, không có biểu hiện của viêm. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa của sụn khớp và đĩa đệm (cổ cột sống), những thay đổi ở phần xương dưới sụn và màng hoạt dịch.

- Nguyên nhân chính của bệnh là quá trình lão hóa và tình trạng chịu áp lực quá tải và kéo dài của sụn khớp.

**2. CHỈ ĐỊNH**

- Đau nhức, thoái hóa tất cả các khớp.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh bị sốt kéo dài, mất nước, mất máu.

- Người bệnh có cấp cứu ngoại khoa.

- Người bệnh bị suy tim, loạn nhịp tim.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện** Bác sĩ, y sĩ, lương y được đào tạo về thủy châm.

**4.2. Phương tiện**

- Bơm tiêm vô khuẩn, loại 5 ml dùng riêng cho từng người.

- Thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp

- Khay men, kẹp có mấu, bông, cồn 700.

**4.3. Người bệnh**

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Tư thế bệnh nhân ngồi, nằm sấp, nằm ngửa hoặc nằm nghiêng, chống đau cho người bệnh.

**5. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

Vai tay

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| + Kiên tỉnh | + Kiên liêu | + Kiên ngung |
| + Kiên trinh | + Thiên tông |  |
| Khuỷu tay |  |  |
| + Khúc trì | + Thủ tam lý |  |
| Cổ tay, bàn tay |  |  |
| + Ngoại quan | + Hợp cốc | + Bát tà |
| Hông đùi |  |  |
| + Trật biên | + Hoàn khiêu | + Thứ liêu |
| + Giáp tích L2- L5 |  |  |
| Đầu gối |  |  |
| + Độc tỵ | + Tất nhãn | + Huyết hải |
| + Ủy trung | + Dương lăng tuyền | + Lương khâu |
| Cổ |  |  |
| + Giáp tích C1 - C7 | + Phong trì | + Bách hội |
| + Kiên trung du | + Kiên ngoại du | + Đại chữ |
| Lưng |  |  |
| + Giáp tích vùng lưng | + Can du | + Đởm du |
| + Tỳ du | + Vị du | + Tâm du |
| + Cách du |  |  |
| Thắt lưng, hông |  |  |
| + Thứ liêu | + Giáp tích (L1,S) |  |
| + Đại trường du | + Tiểu trường du | + Yêu dương quan |
| Vùng cổ chân |  |  |
| + Giải khê | + Xung dương | + Lệ đoài |
| + Bát phong | + Côn lôn | + Thái xung |

**5.2. Thủ thuật**

***Bước 1.*** Lấy thuốc vào

***Bước 2.*** Thử test

***Bước 3.*** Tiến hành thủy châm Việc thủy châm vào huyệt vị phải nhẹ nhàng, dứt khoát theo các thì như sau

*Thì 1* dùng hai ngón tay ấn và căng da vùng huyệt, sau đó tiến kim qua da vùng huyệt nhanh, dứt khoát vào đến huyệt, bệnh nhân thấy cảm giác tức nặng tại vị trí kim châm (cảm giác đắc khí)

*Thì 2* từ từ bơm thuốc vào huyệt, mỗi huyệt 1 - 2 ml thuốc.

*Thì 3* Rút kim nhanh qua da, sát trùng vị trí tiêm.

**5.3. Liệu trình**

Thủy châm một ngày một lần, mỗi lần thủy châm vào 2- 3 huyệt.

Một liệu trình điều trị từ 20 - 30 lần thủy châm.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi**

Theo dõi tại chỗ và toàn thân

**6.2. Xử trí tai biến**

***- Vựng châm***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí* rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt Thái dương, Nội quan. Theo dõi mạch, huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim*** dùng bông vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

# THỦY CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT TỨ CHI DO CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Chấn thương cột sống cổ thường gặp trong tai nạn giao thông, lao động, tùy vào vị trí và mức độ tổn thương bệnh nhân có thể liệt giảm hoặc mất vận động chủ động tứ chi hoàn toàn, thường kèm theo rối loạn cảm giác và rối loạn cơ tròn,

- Theo YHCT chấn thương gây làm kinh mạch tắc nghẽn, khí trệ huyết ứ gây liệt.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Chấn thương cột sống sau giai đoạn cấp không có chỉ định ngoại khoa.

Sau phẫu thuật cột sống bệnh nhân có chỉ định phục hồi chức năng.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân trong giai đoạn cấp, choáng tủy

- Bệnh nhân có chỉ định ngoại khoa.

- Người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc thủy châm, rối loạn đông máu.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện** Bác sĩ, y sĩ, lương y được đào tạo về thủy châm.

**4.2. Phương tiện**

- Bơm tiêm vô khuẩn, loại 5 ml dùng riêng cho từng người.

- Thuốc theo y lệnh, có chỉ định tiêm bắp

- Khay men, kẹp có mấu, bông, cồn 700.

**4.3. Người bệnh**

- Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Tư thế người bệnh nằm ngửa hoặc nằm nghiêng

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Phác đồ huyệt**

+ Giáp tích cổ vùng tổn thương hai bên

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| + Đại chùy | + Kiên trinh | + Thứ liêu |
| + Kiên ngung | + Hợp cốc | + Tam âm giao |
| + Thủ tam lý | + Giáp tích L2-S1 | + Ân môn |
| + Khúc trì | + Trật biên | + Dương lăng tuyền |
| + Ngoại quan | + Đại trường du | + Túc tam lý |

**5.2. Thủ thuật**

***Bước 1.*** Lấy thuốc vào bơm tiêm

***Bước 2.*** Thử test

***Bước 3.*** Tiến hành thủy châm Việc thủy châm vào huyệt vị phải nhẹ nhàng, dứt khoát theo các thì như sau

*Thì 1* dùng hai ngón tay ấn và căng da vùng huyệt, sau đó tiến kim qua da vùng huyệt nhanh, dứt khoát vào đến huyệt, bệnh nhân thấy cảm giác tức nặng tại vị trí kim châm (cảm giác đắc khí)

*Thì 2* từ từ bơm thuốc vào huyệt, mỗi huyệt 1- 2 ml thuốc.

*Thì 3* Rút kim nhanh qua da, sát trùng vị trí tiêm.

**5.3. Liệu trình điều trị**

Thủy châm một ngày một lần, mỗi lần thủy châm vào 2- 3 huyệt.

Một liệu trình điều trị từ 15-20 lần thủy châm, người bệnh nghỉ 10 ngày để điều trị liệu trình tiếp theo.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi**

Theo dõi tại chỗ và toàn thân

**6.2. Xử trí tai biến**

***- Vựng châm***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí* rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt Thái dương, Nội quan. Theo dõi mạch, huyết áp.

***- Chảy máu khi rút kim*** dùng bông vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

# XOA BÓP BẤM HUYỆT ĐIỀU TRỊ LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là sự xảy ra đột ngột các thiếu sót chức năng thần kinh thường là khu trú hơn lan tỏa, tồn tại quá 24 giờ hoặc gây tử vong trong 24 giờ. Các khám xét loại trừ nguyên nhân chấn thương.

Theo Y học cổ truyền gọi là Bán thân bất toại, thuộc chứng trúng phong.

Mục đích của quy trình này Nhằm hướng dẫn cho Người thực hiện ở các tuyến áp dụng điều trị.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh liệt nửa người, không hôn mê; mạch, huyết áp, nhịp thở ổn định.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang hôn mê, các chỉ số mạch, huyết áp, nhịp thở chưa ổn định, và những vùng da loét do điểm tỳ, bệnh ngoài da vùng cần XBBH.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện**

- Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh..

**4.2. Phương tiện**

- Phòng xoa bóp bấm huyệt, giường xoa bóp bấm huyệt

- Gối, ga trải giường

- Bột talc

- Cồn sát trùng

**4.3. Người bệnh**

- Được hướng dẫn qui trình, vị trí bấm huyệt và đồng ý bấm huyệt.

- Tư thế nằm ngửa.

- Đước khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Thực hiện kỹ thuật**

- Xoa, xát, miết, day, bóp, lăn các vùng đầu, cổ, vai, tay, chân.

- Chứng thực

+ Bấm tả các huyệt

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| - Bách hội | - Thái dương | | | | - Đồng tử liêu |
| - Phong trì | - Đại chùy | | | | - Ngoại quan |
| - Chi câu | - Dương lăng tuyền | | | | - Âm lăng tuyền |
| - Khâu khư | - Hành gian | | | | - Trung đô |
| - Can du | - Đởm du | | | |  |
| + Day bổ các huyệt |  | | | |  |
| - Thái khê | - Âm cốc | | | | - Tam âm giao |
| - Chứng hư |  | | | |  |
| + Bấm tả các huyệt |  | | | |  |
| - Bách hội | - Phong trì | | | |  |
| - Trung đô | - Hành gian | | | |  |
| + Day bổ các huyệt |  | | | |  |
| - Kỳ môn | - Chương môn | | | | - Túc tam lý |
| - Tam âm giao | - Huyết hải | | | | - Thái khê |
| - Âm cốc |  | | | |  |
| - Huyệt chung cho hai thể |  | | | |  |
| + Thất ngôn, bấm tả các huyệt |  | | | |  |
| - Á môn | - Thượng liêm tuyền | | | |  |
| - Ngoại kinh tân | - Ngoại ngọc dịch | | | |  |
| + Liệt mặt, bấm tả các huyệt | |  | | |  |
| - Quyền liêu xuyên Hạ quan | | | |  |  |
| - Địa thương xuyên Giáp xa | | |  | |  |
| - Thừa tương | - Ế Phong. | | | |  |
| + Liệt tay, bấm tả các huyệt | - Đại chùy xuyên Tích trung | | | |  |
| - Giáp tinh C4-C7 | - Kiên trinh xuyên Cực tuyền | | | |  |
| - Kiên tỉnh xuyên Tý nhu | - Chi câu xuyên Ngoại quan | | | |  |
| - Khúc trì xuyên Thủ tam lý |  | | | |  |
| - Bát tà |  | | | |  |
| + Liệt chân, bấm tả các huyệt |  | | | |  |
| - Giáp tích D12- L5 | - Tích trung xuyên Yêu dương quan | | | | |
| - Hoàn khiêu xuyên Thừa phù | - Trận biên xuyên Hoàn khiêu | | | | |
| - Ân môn xuyên Thừa phù | - Thừa sơn xuyên Ủy trung | | | | |
| - Côn lôn | - Thượng cự hư | | | |  |
| - Giải khê | - Khâu khư | | | |  |
| - Địa ngũ hội |  | | | |  |

**5.2. Liệu trình điều trị**

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày,

- Một liệu trình điều trị từ 15 - 30 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh. Có thể điều trị nhiều liệu trình.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi**

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

**6.2. Xử trí tai biến**

***- Choáng***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

Tích trung xuyên Yêu dương quan Trật biên xuyên Hoàn khiêu Thừa sơn xuyên ủy trung Thượng cự hư Khâu khư

*Xử trí* dừng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

# XOA BÓP BẤM HUYỆT ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Đau thần kinh tọa là một chứng bệnh do nhiều nguyên nhân cơ năng và thực thể gây ra như do lạnh, thoát vị đĩa đệm, viêm nhiễm, khối u chèn ép...

- Theo y học cổ truyền đau thần kinh tọa được miêu tả trong phạm vi chứng tý, nguyên nhân thường do phong, hàn, thấp, nhiệt xâm phạm vào kinh Bàng quang và kinh Đởm gây ra.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Đau thần kinh tọa do phong hàn thấp, do thoái hóa cột sống.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đau thần kinh tọa kèm theo nhiễm trùng tại chỗ.

- Bị bệnh ngoài da ở vùng cần XBBH.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện**

- Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh..

**4.2. Phương tiện**

- Phòng xoa bóp bấm huyệt, giường xoa bóp bấm huyệt

- Gối, ga trải giường

- Bột talc

- Cồn sát trùng

**4.3. Người bệnh**

- Được hướng dẫn qui trình, vị trí bấm huyệt và đồng ý bấm huyệt.

- Tư thế nằm sấp hoặc nằm nghiêng.

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Thực hiện kỹ thuật**

- Xoa, xát, miết, day, bóp, lăn các vùng chân, lưng.

- Bấm tả các huyệt bên đau

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| + Giáp tích L2 - 3, L5- S1 | + Đại trường du | + Thứ liêu |
| + Trật biên | + Hoàn khiêu | + Thừa phù |
| + Ân môn | + Ủy trung | + Thừa sơn |
| + Côn lôn + Khâu khư | + Dương lăng tuyền | + Huyền chung |

**5.2. Liệu trình điều trị**

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày,

- Một liệu trình điều trị từ 15 - 30 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi**

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

**6.2. Xử trí tai biến**

***- Choáng***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí* dừng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

# XOA BÓP BẤM HUYỆT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG Ở TRẺ BẠI NÃO

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Bại não là tổn thương não không tiến triển xảy ra vào giai đoạn trước khi sinh, trong khi sinh và sau khi sinh đến 5 tuổi. Biểu hiện bằng các rối loạn về vận động, trí tuệ, giác quan và hành vi .

**2. CHỈ ĐỊNH**

Trẻ được chuẩn đoán là bại não với rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh Trung ương ở các mức độ khác nhau.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Trẻ bại não đang mắc các bệnh cấp tính khác như hô hấp, tiêu hóa ...

- Trẻ bại não có động kinh mà hiện tại chưa khống chế được cơn.

- Trẻ bị bệnh ngoài da ở vùng cần XBBH.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện**

- Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh..

**4.2. Phương tiện**

- Phòng xoa bóp bấm huyệt, giường xoa bóp bấm huyệt

- Gối, ga trải giường

- Bột talc

- Cồn sát trùng

**4.3. Người bệnh**

- Được hướng dẫn qui trình, vị trí bấm huyệt và đồng ý bấm huyệt.

- Tư thế nằm ngửa.

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Thực hiện kỹ thuật**

- Xoa, xát, miết, day, bóp, lăn các vùng đầu, cổ, vai, tay, chân, lưng.

***- Tư thế năm ngửa***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bấm tả các huyệt** |  |  | |
| + Kiên tỉnh | + Kiên ngung | + Tý nhu | |
| + Thủ ngũ lý | + Khúc trì | + Thủ tam lý | |
| + Hợp cốc | + Lao cung | + Phục thỏ | |
| + Bễ quan | + Dương lăng tuyền | + Âm lăng tuyền | |
| + Xung dương | + Giải khê. |  | |
| **Day bổ các huyệt** |  |  | |
| + Ngoại quan | + Chi câu | + Túc tam lý | |
| + Thượng cự hư | + Tam âm giao | + Trung đô | |
| ***- Tư thế nằm sấp*** |  |  | |
| **Bấm tả các huyệt** |  |  | |
| + Giáp tích C4 - C7, D10, L1, L5 | | + Kiên trinh | |
| + Cực tuyền | + Khúc trì | Khúc trạch | |
| + Ngoại quan | + Nội quan | + Bát tà | |
| + Trật biên | + Hoàn khiêu | + Ân môn | |
| + Thừa phù | + Thừa sơn | + Thừa cân | + Ủy trung |
| **Day bổ các huyệt** |  |  | |
| + Thận du | + Huyết hải | + Âm liêm | |

**5.2. Liệu trình điều trị**

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày

- Một liệu trình điều trị từ 15 - 30 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi**

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

**6.2. Xử trí tai biến**

***- Choáng***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí* dừng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

# XOA BÓP BẤM HUYỆT ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Thoái hóa khớp là hậu quả của nhiều nguyên nhân. Bệnh tiến triển từ từ gây tổn thương sụn khớp, đầu xương, phần mềm quanh khớp gây đau và hạn chế vận động các khớp.

Theo y học cổ truyền thoái hóa khớp là do can thận âm hư kết hợp với phong hàn thấp gây ra. Điều trị cần khu phong, trừ thấp, tán hàn, bổ can thận.

**2. CHỈ ĐỊNH**

- Điều trị các trường hợp thoái hóa khớp.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân đang mắc bệnh ngoài da vùng khớp bị thoái hóa.

- Bệnh nhân đang mắc bệnh loãng xương.

- Bệnh nhân mắc bệnh ưa chảy máu.

- Bệnh nhân đang sốt cao.

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện**

- Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh..

**4.2. Phương tiện**

- Phòng xoa bóp bấm huyệt, giường xoa bóp bấm huyệt

- Gối, ga trải giường

- Bột talc

- Cồn sát trùng

**4.3. Người bệnh**

- Được hướng dẫn qui trình, vị trí bấm huyệt và đồng ý bấm huyệt.

- Tư thế nằm ngửa.

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Thực hiện kỹ thuật.**

- Xoa, miết, bóp vùng khớp bị thoái hóa.

- Ấn các huyệt a thị và các huyệt gần khớp thoái hóa.

- Vận động khớp nhẹ nhàng và tăng dần biên độ đến biên độ vận động sinh lý của khớp.

**5.2. Liệu trình điều trị**

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày,

- Một liệu trình điều trị từ 10- 15 lần xoa bóp.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi**

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

**6.2. Xử trí tai biến**

***- Choáng***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí* dừng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

# XOA BÓP BẤM HUYỆT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG VAI GÁY

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Hội chứng đau vai gáy là bệnh hay gặp trên lâm sàng, bệnh liên quan đến bệnh lý đốt sống cổ. Tùy theo mức độ và vị trí tổn thương bệnh nhân có những rối loạn cảm giác và vận động do các rễ thần kinh thuộc đám rối thần kinh cánh tay chi phối. Thường gặp đau hoặc tê sau gáy lan xuống vai tay có thể đơn độc hoặc kết hợp với yếu, giảm trọng lực các cơ tương ứng với các rễ thần kinh bị thương tổn chi phối.

- Theo Y học cổ truyền, do tấu lý sơ hở phong hàn thấp thừa cơ xâm nhập gây tổn thương kinh lạc, cản trở lưu thông khí huyết, gây đau. Bệnh lâu ngày gây tổn thương cân cơ gây yếu, teo cơ.

**2. CHỈ ĐỊNH**

Đau vai gáy do thoái hóa đốt sống cổ

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đau vai gáy trong bệnh cảnh có ép tủy cổ (viêm tủy, thoát vị đĩa đệm thể trung tâm, u tủy, rỗng tủy ...)

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện**

- Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh..

**4.2. Phương tiện**

- Phòng xoa bóp bấm huyệt, giường xoa bóp bấm huyệt

- Gối, ga trải giường

- Bột talc

- Cồn sát trùng

**4.3. Người bệnh**

- Được hướng dẫn qui trình, vị trí bấm huyệt và đồng ý bấm huyệt.

- Tư thế ngồi.

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Tiến hành kỹ thuật**

- Xoa, xát, miết, nhào cơ vai, gáy, day, lăn, chặt, đấm vùng vai gáy

- Vận động khớp cổ

+ Kéo khớp cổ

+ Quay cổ hai bên

+ Ngửa cổ ra trước, sau.

- Bấm tả các huyệt sau

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - Phong trì | - Phong phủ | - Thiên trụ |
| - Giáp tích C4-C7 | - Đại chùy | - Kiên trung du |
| - Kiên tỉnh | - Kiên ngung | - Kiên trinh |
| - Thiên tông | - Khúc trì | - Tiểu hải |
| - Ngoại quan | - Hợp cốc | - Lạc chẩm |
| - Hâu khê | - A thị huyệt |  |

**5.2. Liệu trình điều trị**

Xoa bóp 30 phút/lần/ngày

Một liệu trình điều trị từ 10 - 15 lần xoa bóp

Kết hợp với điều trị nguyên nhân cho đến khi người bệnh ổn định.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi**

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

**6.2. Xử trí tai biến**

***- Choáng***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí* dừng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

# XOA BÓP BẤM HUYỆT ĐIỀU TRỊ LIỆT TỨ CHI DO CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- Chấn thương cột sống cổ thường gặp trong tai nạn giao thông, lao động, tùy vào vị trí và mức độ tổn thương bệnh nhân có thể giảm hoặc mất vận động chủ động tứ chi hoàn toàn, thường kèm theo rối loạn cảm giác và rối loạn cơ tròn,

- Theo YHCT chấn thương gây làm kinh mạch tắc nghẽn, khí trệ huyết ứ gây liệt.

**2. CHỈ ĐỊNH**

- Chấn thương cột sống sau giai đoạn cấp không có chỉ định ngoại khoa.

- Sau phẫu thuật cột sống bệnh nhân có chỉ định phục hồi chức năng.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân trong giai đoạn cấp, choáng tủy

- Bệnh nhân có chỉ định ngoại khoa.

- Bệnh ngoài da vùng cần được XBBH

**4. CHUẨN BỊ**

**4.1. Người thực hiện**

- Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh..

**4.2. Phương tiện**

- Phòng xoa bóp bấm huyệt, giường xoa bóp bấm huyệt

- Gối, ga trải giường

- Bột talc

- Cồn sát trùng

**4.3. Người bệnh**

- Được hướng dẫn qui trình, vị trí bấm huyệt và đồng ý bấm huyệt.

- Tư thế nằm ngửa, nằm sấp hoặc nằm nghiêng.

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

**5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Thực hiện kỹ thuật**

- Xoa, xát, miết, day, bóp, lăn các vùng đầu, mặt, cổ, vai, tay, bụng, lưng, chân.

- Bấm tả

+ Giáp tích cổ vùng tổn thương hai bên

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| + Đại chùy | + Giáp tích L2-S1 | + Thái xung |
| + Kiên ngung | + Tý nhu | + Trật biên |
| + Hoàn khiêu | + Địa ngũ hội | + Thủ tam lý |
| + Khúc trì | + Hoàn khiêu | + Thừa phù |
| + Khâu khư | + Ngoại quan | + Chi câu |
| + Ân môn | + Thừa phù | + Bát phong |
| + Bát tà | + ủy trung | + Trường cường |
| + Hợp cốc | + Lao cung | + Dương lăng tuyền |
| + Bàng quang du | + Đại trường du | + Giải khê |
| + Kiên trình | + Cực tuyền |  |

- Day bổ các huyệt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| + Tam âm giao | + Trung cực | + Huyết hải |
| + Âm liêm | + Thận du | + Quan nguyên |
| + Khí hải | + Túc tam lý |  |

**5.2. Liệu trình điều trị**

- Xoa bóp 45 - 60 phút/lần/ngày,

- Một liệu trình điều trị từ 30- 40 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh, có thể điều trị nhiều liệu trình.

**6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**6.1. Theo dõi**

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

**6.2. Xử trí tai biến**

***- Choáng***

*Triệu chứng* Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

*Xử trí* dừng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

# PHẦN 3: CHUYÊN KHOA PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

# ĐIỀU TRỊ BẰNG LASER CÔNG SUẤT THẤP (LASER CHIẾU NGOÀI)

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Thường sử dụng laser bán dẫn, He- Ne, nitơ công suất 10-30 mW. Tác dụng do hiệu ứng sinh học.

1. **CHỈ ĐỊNH**

* Chống viêm, chống phù nề nông.
* Kích thích tái tạo mô, làm liền vết thương, vết loét.
* Giảm đau cục bộ.
* Châm cứu bằng laser.

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* Sốt cao, u ác tính
* Chiếu trực tiếp vào mắt.
* Đang chảy máu.

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**: bác sỹ chuyên khoa Phục hồi chức năng hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.
3. **Phương tiện**

Kiểm tra máy laser, các thông số kỹ thuật của máy, chọn cường độ, tần số laser theo chỉ định.

1. **Người bệnh**

* Giải thích cho người
* Tư thế của người bệnh phải thoải mái (nằm hoặc ngồi.)
* Bộc lộ và kiểm tra vùng chiếu laser. Với các vết thương vết loét nên được thay băng làm sạch dịch mủ và các mô hoại tử bề mặt.

1. **Hồ sơ bệnh án, phiếu điều trị chuyên khoa**
2. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**-** Chọn các tham số kỹ thuật theo chỉ định

* Chiếu thẳng góc với bề mặt da, chiếu vào giác mạc chếch theo tiếp tuyến
* Hết giờ điều trị: tắt máy, kiểm tra vùng da chiếu, thăm hỏi người bệnh, ghi chép phiếu.

1. **THEO DÕI**

* Hoạt động của máy, các thông số, chùm tia.
* Phản ứng và cảm giác của người bệnh

1. **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

* Bảo đảm an toàn theo nhóm laser II và IIIa (cần nhìn trực tiếp).

# ĐIỀU TRỊ BẰNG CÁC DÒNG ĐIỆN XUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dòng điện xung là dòng điện do nhiều xung điện liên tiếp tạo nên. Trong vật lý trị liệu thường sử dụng các dòng điện xung có dạng xung và tần số khác nhau một chiều (nửa sóng) và xoay chiều (cả sóng).

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Giảm đau sau chấn thương, phẫu thuật, đau thần kinh, đau cơ, xương, khớp…

- Kích thích thần kinh cơ.

- Cải thiện tuần hoàn ngoại vi.

- Liệu pháp ion hóa (điện phân dẫn thuốc bằng xung một chiều)

- Điện phân thuốc cục bộ bằng dòng điện xung trung tần một chiều.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh mang máy tạo nhịp tim.

- Sốt cao, khối u ác tính, bệnh lao đang tiến triển.

- Mất cảm giác ở vùng điều trị. Tổn thương da nơi đặt điều trị

- Viêm da khu trú, huyết khối, viêm tắc mạch

- Trực tiếp lên thai nhi

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** bác sỹ Phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu

**2. Phương tiện:** Máy và phụ kiện kèm theo.

- Kiểm tra các thông số kỹ thuật của máy, dây đất nếu có.

- Chọn các thông số kỹ thuật

- Chọn và đặt điện cực theo chỉ định.

**3. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh

- Tư thế người bệnh phải thoải mái (nằm hoặc ngồi).

- Bộc lộ và kiểm tra vùng da điều trị,

**4. Hồ sơ bệnh án, phiếu điều trị.**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Đặt và cố định điện cực: theo chỉ định.

+ Đặt các thông số kỹ thuật theo chỉ định.

+ Tăng cường độ dòng điện từ từ cho tới mức cần thiết (cảm giác co bóp).

- Hết giờ tắt máy bằng tay hoặc tự động:

Tháo điện cực kiểm tra da vùng điều trị, thăm hỏi người bệnh ghi hồ sơ bệnh án.

**VI.THEO DÕI**

- Cảm giác và phản ứng người bệnh

- Hoạt động của máy.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Điện giật: xử trí cấp cứu điện giật.

- Bỏng: Khi diều trị dòng xung một chiều xử trí theo phác đồ bỏng axit hoặc kiềm.

# VẬT LÝ TRỊ LIỆU - PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH CỨNG KHỚP

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Tập vận động cho người bệnh cứng khớp là loại vận động chủ động do chính người bệnh thực hiện cùng với sự hỗ trợ của người khác hoặc các dụng cụ trợ giúp tập luyện để cho người bệnh hoàn thiện được động tác vận động.

1. **CHỈ ĐỊNH**

Trong mọi trường hợp người bệnh chưa tự thực hiện được hết tầm vận động của khớp.

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* Gãy xương mới
* Viêm khớp nhiễm khuẩn, lao khớp, tràn máu, tràn dịch khớp
* Chấn thương mới (1-2 ngày đầu), sai khớp chưa được nắn chỉnh
* Không làm được động tác hoặc làm được động tác lại nặng thêm.

1. **IV. CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**: Bác sỹ chuyên khoa Phục hồi chức năng, kỹ thuật viên, y sĩ, điều dưỡng được tập huấn về vật lý trị liệu
3. **Phương tiện**: Các phương tiện cần thiết hỗ trợ thích hợp tập cứng khớp.
4. **Người bệnh**: Được giải thích về mục đích, phạm vi, mức độ, thời gian, kỹ thuật tập.
5. **Hồ sơ bệnh án**: Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa.

Chẩn đoán bệnh, chẩn đoán chức năng, phát hiện đánh giá và theo dõi kết quả tập.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

* Người bệnh ở các tư thế thích hợp cho bài để tập.
* Người tập ở các tư thế phù hợp.
* Tiến hành tập luyện: Yêu cầu người bệnh vận động chủ động phần cơ thể cần vận động như tự thực hiện phần vận động chân, tay hoặc phần cơ thể cần PHCN mà tự họ làm được, người điều trị trợ giúp để người bệnh thực hiện được tối đa tầm vận động của khớp phần động tác mà họ không tự làm được. Có thể sử dụng các dụng cụ PHCN trợ giúp vận động của người bệnh.
* Mỗi ngày tập 1 đến 2 lần, mỗi lần tập 20 đến 30 phút.

1. **THEO DÕI**
2. **Trong khi tập**

* Xem người bệnh có đau, khó chịu.
* Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở và tình trạng toàn thân.

1. **Sau khi tập**

* Người bệnh có đau và khi đau kéo dài trên 3 giờ sau tập là tập quá mức.
* Theo dõi tiến triển của tầm vận động khớp.

1. **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**
2. **Trong khi tập**: Nếu người bệnh bị đau tăng thì ngừng tập và theo dõi thêm.
3. **Sau khi tập**: Nếu đau kéo dài và tình trạng toàn thân người bệnh có biểu hiện bất thường nếu do tập quá mức, phải xử trí tai biến và giảm cường độ tập các lần sau cho phù hợp thì ngừng tập và xử trí tai biến đó.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ BẠI NÃO THỂ MÚA VỜN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**1. Định nghĩa**

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

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

**2. Dịch tễ**

Thể múa vờn chiếm tỷ lệ 10-15% trong tổng số trẻ bại não.

Giới tính: Bại não thể múa vờn gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái

Có một tỷ lệ lớn trẻ bại não thể múa vờn liên quan đến tình trạng đẻ non và vàng da tan máu kéo dài sau sinh gây ngộ độc Bilirubin ở các nhân não và các tổ chức thần kinh ngoại biên.

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc của chẩn đoán**

**- Hỏi bệnh:** Các bất thường thời kỳ thai nghén của các bà mẹ, các bất thường trong và sau khi sinh, biểu hiện rối loạn vận động của trẻ, các biểu hiện bệnh lý khác...

**- Khám và lượng giá chức năng**

Lâm sàng bại não thể múa vờn

+ Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh trung ương:

• Trương lực cơ thay đổi liên tục (lúc tăng, lúc giảm) ở tứ chi

• Giảm khả năng vận động thô

• Phản xạ gân xương có thể tăng hoặc bình thường. Có các phản xạ nguyên thủy mức độ tủy sống, thân não, não giữa, vỏ não.

• Có các vận động không hữu ý: kiểm soát đầu cổ kém, mồm há liên tục, chảy nhiều dớt dãi, cử động múa vờn ngọn chi (thường ở bàn tay và các ngón tay).

• Dấu hiệu tổn thương ngoại tháp: rung giật, múa vờn

• Dinh dưỡng cơ: không có teo cơ, ít co rút tại các khớp do trương lực cơ thay đổi

• Cảm giác: có thể rối loạn điều hòa cảm giác

• Thần kinh sọ não: có thể bị liệt

• Các dấu hiệu khác: động kinh, rối loạn nhai nuốt, trẻ có thể điếc ở tần số cao.

+ Chậm phát triển trí tuệ, rối loạn sự phát triển giao tiếp và ngôn ngữ ở các mức độ khác nhau. Có thể kèm theo động kinh và các dạng tật khác (rung giật nhãn cầu, lác, giảm thính lực...)

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

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

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

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

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

+ Đo thị lực, thính lực

+ Các xét nghiệm khác: CK, LDH để loại trừ bệnh cơ; T3. T4, TSH để loại trừ suy giáp

**2. Chẩn đoán xác định:** Dựa vào lâm sàng là chủ yếu

**3. Chẩn đoán phân biệt**

- Phân biệt với bại não thể co cứng bởi tình trạng trương lực cơ lúc tăng lúc giảm.

- Phân biệt với bại não thể thất điều ở khả năng phối hợp vận động giữa các bộ phận của cơ thể và khả năng thăng bằng…

**4. Chẩn đoán nguyên nhân:** Các nguyên nhân trước khi sinh, trong khi sinh và sau khi sinh

**4.1. Trước khi sinh**

- Mẹ bị nhiễm virus (rubeon, cúm, cytomegalo virus, toxoplasma, herpes...), dùng một số thuốc (hóa chất, nội tiết tố…), nhiễm độc (chì, thủy ngân, thạch tín...)

- Đột biến NST ở bào thai do nhiều nguyên nhân khác nhau.

- Bất đống nhóm máu (Rh)

- Mẹ bị đái đường, nhiễm độc thai nghén…

- Di truyền

**4.2. Trong khi sinh**

- Trẻ đẻ non,

- Trẻ bị ngạt

- Đẻ khó, can thiệp sản khoa

- Sang chấn sản khoa.

**4.3. Sau khi sinh**

- Trẻ bị sốt cao co giật

- Trẻ bị nhiễm trùng: viêm màng não, viêm não…

- Trẻ bị chấn thương đầu, não

- Thiếu ôxy do đuối nước, ngộ độc hơi

- Trẻ bị các bệnh như xuất huyết não-màng não, u não...

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

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

- Giảm vận động không hữu ý bằng các điểm chủ chốt, tăng cường cơ lực ở một số nhóm cơ chính.

- Phá vỡ, ức chế phản xạ nguyên thủy (duỗi chéo, nâng đỡ hữu hiệu).

- Tạo thuận các vận động chức năng và kích thích phát triển vận động thô theo các mốc: lẫy, ngồi, bò quỳ, đứng, đi.

- Tăng cường khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày như: ăn uống, đánh răng, rửa mặt, tắm, đi vệ sinh, mặc quần áo…

- Kích thích giao tiếp sớm và phát triển ngôn ngữ tư duy.

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

**2.1. Vận động trị liệu**

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

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

\* Kỹ thuật 1: Kỹ thuật điều chỉnh tư thế bất thường của trẻ bại não thể múa vờn có 1 tay gập, 1 tay duỗi hoặc 2 tay gập

- Mục tiêu: Giúp trẻ đưa tay về vị trí trung gian

- Thực hiện

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

+ Hai tay kỹ thuật viên cầm ở hai khuỷu tay của trẻ ở tư thế xoay trong của khớp vai, hơi đưa xuống thấp kéo về phía mình và dần dần nâng tay trẻ lên

\* Kỹ thuật 2: Tạo thuận phá vỡ tư thế tay co điển hình

- Mục tiêu: Hạn chế tư thế tay co ở trẻ múa vờn

- Thực hiện:

+ Tư thế: trẻ nằm ngửa

+ Kỹ thuật viên buộc cố định phía trên khuỷu để kéo vai và tay trẻ ra phía trước trong khi 2 khuỷu và cẳng tay trẻ tự do

+ Tiêu chuẩn đạt được: tay trẻ đưa về vị trí trung gian

\* Kỹ thuật 3: Kỹ thuật tạo thuận phá vỡ phản xạ cầm nắm bệnh lý

- Mục tiêu: Giúp trẻ xòe tay và cầm nắm dễ dàng

- Thực hiện

+ Tư thế: trẻ ngồi hoặc nằm ngửa.

+ Kỹ thuật viên ngồi cạnh trẻ

+ KTV dùng ngón trỏ vuốt dọc cạnh ngoài bàn tay từ ngón út đến cổ tay

- Tiêu chuẩn đạt: Trẻ duỗi các ngón tay

**2.2. Điện trị liệu**

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

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

\* Chống chỉ định: Bại não có động kinh trên lâm sàng; Bại não thể co cứng nặng

\* Các phương pháp điện thấp tần

+ Galvanic dẫn CaCl2 cổ

- Chỉ định: cho trẻ bại não chưa kiểm soát được đầu cổ, chưa biết lẫy.

- Mục đích: tăng cường cơ lực nhóm cơ nâng đầu-cổ.

- Kỹ thuật điện cực: Cực tác dụng mang dấu (+) có tẩm dung dịch CaCl2

đặt vào vùng cổ (C5-7); Cực đệm mang dấu (-) đặt ở vùng thắt lưng (L4-5).

- Cường độ: 03-0,5mA/cm2 điện cực.

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

+ Galvanic dẫn CaCl2 lưng

- Chỉ định: cho trẻ bại não chưa nâng thân mình (chưa biết ngồi)

- Mục đích: tăng cường cơ lực nhóm cơ nâng thân.

- Kỹ thuật điện cực: Cực tác dụng mang dấu (+) có tẩm dung dịch CaCl2 đặt vào vùng thắt lưng (L4-5); Cực đệm mang dấu (-) đặt ở vùng.cổ (C5-7) hoặc giữa 2 bả vai.

- Cường độ: 03-0,5mA/cm2 điện cực.

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

**2.3. Tử ngoại**

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

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

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

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

**2.4. Thủy trị liệu**

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

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

- Mục đích: Thư giãn, giảm trương lực cơ, tăng khả năng vận động có ý thức

- Phương pháp: Bồn nước xoáy Hubbard, bể bơi. Nhiệt độ nước 36-38oC

- Thời gian: 20-30 phút

**2.5. Hoạt động trị liệu**

- Mục đích:

+ Tăng khả năng cầm nắm

+ Tăng khả năng hoạt động trong sinh hoạt hàng ngày.

- Các kỹ thuật Hoạt động trị liệu

+ Huấn luyện kỹ năng sử dụng hai tay sớm: Kỹ năng cầm đồ vật, kỹ năng với cầm

+ Huấn luyện kỹ năng sinh hoạt hàng ngày sớm: Kỹ năng ăn uống, Kỹ năng mặc quần áo, đi giày dép, vệ sinh cá nhân, kỹ năng tắm rửa, đánh răng, rửa mặt

+ Huấn luyện kỹ năng nội trợ: Kỹ năng đi chợ, tiêu tiền, kỹ năng nấu nướng

+ Huấn luyện kỹ năng nghề nghiệp: chọn nghề, học nghề cho phù hợp, giao thông.

**2.6. Huấn luyện giao tiếp và ngôn ngữ**

\* Huấn luyện và kích thích trẻ kỹ năng giao tiếp sớm:

- Mục tiêu của giao tiếp:

+ Xây dựng mối quan hệ với mọi người.

+ Học tập.

+ Gửi thông tin.

+ Tự lập hay kiểm soát được sự việc.

- Huấn luyện về giao tiếp sớm bao gồm:

+ Kỹ năng tập trung

+ Kỹ năng bắt chước

+ Kỹ năng chơi đùa

+ Giao tiếp bằng cử chỉ, tranh ảnh

+ Kỹ năng xã hội

\* Huấn luyện các kỹ năng về ngôn ngữ:

- Mục tiêu: Tăng khả năng hiểu và diễn đạt ngôn ngữ.

- Huấn luyện kỹ năng ngôn ngữ: bao gồm

+ Kỹ năng hiểu ngôn ngữ

+ Kỹ năng diễn đạt bằng ngôn ngữ

- Huấn luyện trẻ Kỹ năng hiểu ngôn ngữ (Bài ngôn ngữ trị liệu)

+ Nguyên tắc dạy hiểu ngôn ngữ:

• Trẻ phải hiểu, biết ý nghĩa của âm thanh, từ và câu trước khi nói.

• Nói chuyện nhiều với trẻ, dùng ngôn ngữ đơn giản, nói chậm, to.

• Sử dụng dấu hiệu để giúp trẻ hiểu.

• Chỉ sử dụng 1 vài đồ vật hoặc tranh ảnh, chỉ một người hướng dẫn

• Động viên khen thưởng đúng lúc.

- Huấn luyện trẻ diễn đạt ngôn ngữ:

+ Mục tiêu: Trẻ sẽ tự nói/làm dấu/ chỉ vào các bức tranh.

+ Phương pháp:

• Bước 1: Đánh giá.

• Bước 2: Lập chương trình huấn luyện. Chọn 1 đến 2 kỹ năng cho đợt huấn luyện (Xem trang 126 đến trang 183 trong Tài liệu giao tiếp với trẻ em).

• Bước 3: Đánh giá kết quả, lập chương trình huấn luyện tại nhà.

**3. Các điều trị khác**

**3.1. Dụng cụ chỉnh hình và dụng cụ thích nghi**

- Nẹp dưới gối, nẹp trên gối, nẹp bàn tay, nẹp cột sống, đai nâng cổ…

- Ghế bại não, ghế góc, bàn tập đứng, thanh song song, khung tập đi…

**3.2. Giáo dục**

- Huấn luyện các kỹ năng giáo dục tiền học đường

- Huấn luyện kỹ năng giáo dục đặc biệt và giáo dục hòa nhập

- Huấn luyện kỹ năng nhà trường:

+ Kỹ năng trước khi đến trường

+ Kỹ năng nhà trường

**IV. THEO DÕI TÁI KHÁM:**

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

Tái khám bắt buộc phải được tiến hành thường quy trong khoảng thời gian sau mỗi 2 đến 3 tháng. Nhất là đối với trẻ nhỏ dưới 3 tuổi, vì trong giai đoạn này trẻ tăng trưởng và phát triển liên tục với những mốc cơ bản về chức năng mà trẻ cần đạt được.

# KỸ THUẬT XOA BÓP CỤC BỘ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Xoa bóp cục bộ bằng tay là những thủ thuật xoa nắn tại chỗ đau các mô một cách có khoa học và hệ thống nhằm tác động lên các cơ, hệ thần kinh, hệ tuần hoàn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Làm giãn cơ, giảm đau.

- Kích thích hoặc làm êm dịu hệ thần kinh.

- Điều trị dính của các mô.

- Cải thiện tuần hoàn, tăng bài tiết các chất cặn bã.

- Trước khi thực hiện các kỹ thuật vận động khác hoặc kỹ thuật kéo nắn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Viêm nhiễm cấp tính, viêm tắc tĩnh mạch, các khối u.

- Các bệnh ngoài da.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện: Bác sỹ y học cổ truyền, Phục hồi chức năng, y sỹ y học cổ truyền, kỹ thuật viên

2. Phương tiện

- Giường, bàn xoa bóp (có kích thước phù hợp với người thực hiện xoa bóp).

- Gối các loại.

- Dầu xoa, bột tan.

3. Người bệnh: để người bệnh ở tư thế thoải mái, dễ chịu, thuận tiện tùy vùng cần

điều trị xoa bóp.

4. Hồ sơ bệnh án

- Kỹ thuật viên nắm vững nguyên nhân và quá trình diễn biến của người bệnh.

- Lượng giá và lập kế hoạch điều trị.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Tạo tâm lý tiếp xúc tốt với người bệnh: giải thích cho người bệnh hiểu rõ được bệnh tật của mình để hợp tác điều trị.

2. Kỹ thuật

- Xoa dầu hoặc bột tan lên vùng xoa bóp.

- Kỹ thuật xoa vuốt: dùng hai bàn tay trượt nhẹ nhàng, dịu dàng lên phần cơ thể

được xoa bóp, xoa vuốt theo chiều dọc hay xoa thành vòng tròn.

+ Xoa vuốt nông.

+ Xoa vuốt sâu: trong trường hợp cơ bị co, làm tăng tuần hoàn máu và bạch huyết.

- Kỹ thuật nhào bóp

+ Nhào bóp nhẹ để làm cho cơ chùng xuống và thư giãn cơ.

+ Nhào bóp sâu: làm tăng sức mạnh của cơ.

- Kỹ thuật cọ xát.

- Kỹ thuật vỗ (gõ).

- Kỹ thuật rung.

**VI. THEO DÕI**

- Tình trạng người bệnh.

- Màu sắc vùng da nơi xoa bóp.

- Nếu có những diễn biến xấu cần ngừng xoa bóp ngay và báo cáo với bác sỹ

chuyên khoa Phục hồi chức năng.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lí trị liệu

- Tập quá sức: Nghỉ ngơi

# KỸ THUẬT XOA BÓP TOÀN THÂN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Xoa bóp bằng tay là những thủ thuật xoa nắn các mô một cách có khoa học và

hệ thống nhằm tác động lên các cơ, hệ thần kinh, hệ tuần hoàn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Làm giãn cơ, giảm đau.

- Kích thích hoặc làm êm dịu hệ thần kinh.

- Điều trị dính của các mô.

- Cải thiện tuần hoàn, tăng bài tiết các chất cặn bã.

- Trước khi thực hiện các kỹ thuật vận động khác hoặc kỹ thuật kéo nắn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Viêm nhiễm cấp tính, viêm tắc tĩnh mạch, các khối u.

- Các bệnh ngoài da.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện: Bác sỹ, y sỹ thuộc các chuyên khoa Phục hồi chức năng, y học cổ truyền, kỹ thuật viên Vật lý trị liệu.

2. Phương tiện:

- Giường, bàn xoa bóp (có kích thước phù hợp với người thực hiện xoa bóp).

- Gối các loại.

- Dầu xoa, bột tan.

3. Người bệnh: để người bệnh ở tư thế thoải mái, dễ chịu, thuận tiện tùy vùng cần

điều trị xoa bóp.

4. Hồ sơ bệnh án

- Nắm vững nguyên nhân và quá trình diễn biến của người bệnh.

- Lượng giá và lập kế hoạch điều trị.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Tạo tâm lý tiếp xúc tốt với ngƣời bệnh: giải thích cho người bệnh hiểu rõ được

bệnh tật của mình để hợp tác điều trị.

2. Kỹ thuật

- Xoa dầu hoặc bột tan lên vùng xoa bóp.

- Kỹ thuật xoa vuốt: dùng hai bàn tay trượt nhẹ nhàng, dịu dàng lên phần cơ thể

được xoa bóp, xoa vuốt theo chiều dọc hay xoa thành vòng tròn.

+ Xoa vuốt nông.

+ Xoa vuốt sâu: trong trường hợp cơ bị co, làm tăng tuần hoàn máu và bạch huyết.

- Kỹ thuật nhào bóp

+ Nhào bóp nhẹ để làm cho cơ chùng xuống và thư giãn cơ.

+ Nhào bóp sâu: làm tăng sức mạnh của cơ.

- Kỹ thuật cọ xát.

- Kỹ thuật vỗ (gõ).

- Kỹ thuật rung.

**VI. THEO DÕI**

- Tình trạng người bệnh.

- Màu sắc vùng da nơi xoa bóp.

- Nếu có những diễn biến xấu cần ngừng xoa bóp ngay và báo cáo với bác sỹ

chuyên khoa Phục hồi chức năng.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lí trị liệu

- Tập quá sức: Nghỉ ngơi

# CHƯỜM LẠNH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Điều trị bằng nhiệt lạnh là chườm lạnh từ 0 độ C đến 18 độ C.

- Thường dùng túi nước lạnh, nước đá

- Điều trị cục bộ

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Giảm đau, giảm phù nề và xuất huyết dưới da trong chấn thương cấp.

- Hạ nhiệt

- Hạn chế quá trình viêm cấp

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Co cơ cục bộ, tổ chức xơ sẹo, viêm tắc mạch chi.

- Trực tiếp lên thai nhi

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** bác sỹ chuyên khoa phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu

**2. Phương tiện:** Túi nước lạnh, nước đá tan, bọc đã vụn, khăn

**3. Người bệnh:** giải thích

**4. Hồ sơ bệnh án:** phiếu điều trị chuyên khoa

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bộc lộ vùng điều trị

- Chườm lạnh lên vùng cần điều trị, cố định hoặc di động, thời gian theo chỉ định

- Kết thúc lau khô, kiểm tra vùng da, thăm hỏi người bệnh, ghi phiếu điều trị

**VI. THEO DÕI**

Người bệnh: cảm giác và phản ứng của người bệnh

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Bỏng lạnh tại chỗ: ngừng điều trị, xử trí theo bỏng lạnh

# HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH RA VÀO XE LĂN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Xe lăn là phương tiện để nâng đỡ cơ thể và giúp cho người bệnh di chuyển được dễ dàng. Qua đó, giảm thiểu hậu quả của việc bất động hay nằm lâu và tạo điều kiện cho người bệnh phấn khởi trở lại các sinh hoạt hằng ngày, giúp đỡ họ có cơ hội bình đẳng, tái hội nhập tham gia vào các hoạt động trong gia đình, xã hội.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Dùng trong trường hợp người bệnh liệt hai chân, Liệt nửa người không thể đi lại được

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tư thế bị biến dạng (vẹo cột sống hay gù lưng).

- Sự đè ép đĩa đệm và rễ thần kinh gây đau lưng và đau dây thần kinh tọa.

- Loét ở vùng mông.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:** Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

**2. Phương tiện:** xe lăn tay, ghế ngồi, tấm ván lướt, đai thắt lưng an toàn, thanh song song.

**3. Người bệnh:** phải hợp tác và được giải thích rõ mục đích tập luyện.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Lượng giá tổng quát và khả năng tập của người bệnh.

- Có chỉ định tập sử dụng và di chuyển bằng xe lăn.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

***3.1 Di chuyển từ giường sang xe lăn và ngược lại***

**3.1.1 Xe lăn đặt thẳng góc với giường:** Phương pháp này thông dụng cho người bệnh liệt mềm 2 chi dưới:

- Từ giường qua xe lăn:

+ Kỹ thuật viên đẩy chỗ tựa chân sang một bên, đẩy xe sát và thẳng góc với giường; khóa xe.

+ Người bệnh ngồi thẳng.

+ Xoay người bằng cách chống hai tay nhấc người lên cho đến khi mặt hướng vào tường.

+ Chống hai tay lùi dần về phía xe.

+ Hai tay lần lượt nắm nắm lấy chỗ để tay rồi nhấc mình vào xe.

+ Mở khóa, đẩy xe khỏi giường (gót còn trên giường).

+ Khóa xe lại, người bệnh dùng 2 tay nhấc từng chân xuống chỗ tựa chân.

+ Mở khóa xe và đẩy đi.

- Từ xe lăn sang giường: làm ngược lại.

\* Chú ý: Kỹ thuật viên giữ xe lăn khi người bệnh sang xe lăn và sẵn sàng giúp đỡ người bệnh.

**3.1.2. Xe lăn đặt chéo góc với giường:** Phương pháp này thông dụng khi người bệnh có 2 cánh tay mạnh và 2 chỗ để tay gắn chặt vào lò xo.

- Từ giường qua xe lăn:

+ Kỹ thuật viên đặt xe nghiêng 1 góc 45o với giường, khóa xe, đẩy chỗ tựa chân qua một bên.

+ Người bệnh ngồi dậy bỏ 2 chân qua giường.

+ Một tay nắm lấy chỗ để tay phía xa của xe.

+ Tay kia chống xuống giường ở sau hông.

+ Nhấc người lên và đưa người qua xe lăn.

+ Đặt chân lên chỗ để chân.

+ Mở khóa xe để đi.

- Từ xe lăn sang giường: Làm ngược lại

**3.1.3. Từ giường sang xe lăn qua trung gian ghế:** Phương pháp này dùng cho những người bệnh có hai tay yếu không thể nhấc người lên bằng cách chống 2 tay được. Hay những người bệnh mất thăng bằng do co cứng hai chi dưới.

- Từ giường qua ghế sang xe lăn:

+ Kỹ thuật viên đặt ghế song song và sát giường và đặt xe lăn thẳng góc với ghế.

+ Người bệnh ngồi dậy, 2 chân thõng xuống giường.

+ Người bệnh đặt 1 tay lên chỗ ngồi của ghế và 1 tay chống xuống giường và nhấc qua ghế.

+ Tiếp tục đặt 1 tay lên ghế để tay phía xa của xe và 1 tay lên chỗ ngồi của ghế.

+ Chống 2 tay nhấc người lướt qua xe.

+ Mở khóa di chuyển xe ra khỏi ghế.

+ Khóa xe, đặt chân lên chỗ để chân - mở khóa di chuyển.

**3.1.4. Từ giường qua xe lăn dùng miếng ván bắc ngang:** Chỗ để tay không lấy ra được. Phương pháp này dùng cho những người bệnh không thể nhấc người lên từ giường qua xe bằng các phương pháp trên.

- Từ giường sang xe lăn:

+ Kỹ thuật viên đặt xe nghiêng góc 45o với giường, khóa xe lại, đẩy chỗ tựa chân qua một bên.

+ Người bệnh ngồi thẳng, mặt hướng về phía chân giường.

+ Kỹ thuật viên đặt một đầu tấm ván dưới mông người bệnh.

+ Người bệnh lướt người qua xe lăn, bỏ thõng 2 chân xuống giường.

+ Một tay người bệnh đặt lên chỗ để tay phía xa của xe, tay còn lại chống trên tấm ván.

+ Nhấc mình lướt vào xe lăn.

+ Sau đó, người bệnh hơi nghiêng mình để kỹ thuật viên lấy tấm ván ra.

- Từ xe lăn sang giường: Làm ngược lại.

\* Chú ý : Chỗ để tay lấy ra được: giống như trường hợp trên (chỗ để tay không lấy ra được) nhưng kỹ thuật viên sẽ đặt xe song song với giường.

***3.2. Di chuyển từ xe lăn sang ghế và ngược lại***

- Từ xe lăn sang ghế:

+ Ghế được đặt an toàn và thẳng góc với xe lăn.

+ Người bệnh khóa xe, đặt 2 chân ra khỏi chỗ tựa chân và nhấc người ra ngoài xe.

+ Một tay của người bệnh chống lên chỗ ngồi của ghế, 1 tay chống lên chỗ để tay của xe.

+ Chống 2 tay, nhấc người lên và xoay vào ngồi lên ghế.

+ Mở khóa xe, đẩy xe ra khỏi ghế.

- Từ ghế sang xe lăn: làm ngược lại.

\* Chú ý: Nếu chỗ để tay có thể lấy ra được, người bệnh lướt người qua ghế (ghế đặt song song với xe).

***3.3. Di chuyển từ xe lăn xuống sàn nhà, đệm***

**3.3.1. Dùng 3 - 6 bục thấp**

- Từ xe xuống sàn:

+ Đặt bục phía trước xe từ cao đến thấp. Khóa xe, chống 2 tay chống thân người xuống từng bục cho đến khi xuống sàn.

+ Kỹ thuật viên giúp nâng đỡ 2 chân hoặc người bệnh có thể tự dùng 2 tay nhấc từng chân xuống.

- Từ sàn nhà, đệm lên xe lăn:

+ Lưng người bệnh hướng về phía xe và chống 2 tay nhấc người lên từng bục.

**3.3.2. Xuống trực tiếp với sàn hoặc dùng 1 tảng chống tay (push up):** dùng cho những người bệnh có 2 tay mạnh.

- Người bệnh đặt 1 tay lên chỗ để tay của xe.

- Tay kia chống xuống sàn hay trên 1 tảng chống tay chống chịu sức mạnh thân thể lên tay này.

- Người bệnh gập nhẹ 2 gối từ từ ngồi xuống sàn.

- Người bệnh có thể chống tay lên chỗ ngồi của xe thay cho chỗ để tay:

- Nắm lấy hai thanh chỗ tựa chân:

+ Người bệnh xích người ra phía trước chỗ ngồi xe.

+ Hai tay chống trên hai thanh chỗ tựa chân

+ Đẩy thân người xuống sàn, 2 đầu gối gập lại.

+ Dùng hai tay nhấc từng chân duỗi ra.

- Dùng ghế nhỏ cao bằng 1/2 xe lăn:

+ Dùng 2 tay chống lên chỗ để tay nhấc người xuống ghế nhỏ.

+ Dùng tay duỗi từng chân ra.

+ Chống 2 tay lên ghế, nhấc thân mình xuống sàn.

+ Dùng tay duỗi 2 chân ra.

\* Chú ý: luôn nhớ khóa xe chắc, kỹ thuật viên giữ ở lưng xe không để xe bị lật úp.

***3.4. Trường hợp giường cao hơn xe***

**3.4.1. Di chuyển từ xe qua giường**

- Người bệnh có 2 tay khỏe mạnh:

+ Người bệnh chống 1 tay lên giường, 1 tay lên chỗ để tay phía xa của xe (xe đã khóa và đặt song song với giường).

+ Nhấc người lên cao khỏi xe, đặt mông lên giường.

+ Nhích người vào phía trong, dùng 2 tay nhấc từng chân lên giường, kỹ thuật viên có thể giúp nâng phụ chân người bệnh.

- Người bệnh có 2 tay yếu: (Kỹ thuật viên phải khỏe)

+ Kỹ thuật viên đứng lên 1 ghế nhỏ (đặt sau lưng xe) hoặc quỳ một chân lên giường, một chân để lên chỗ ngồi xe.

+ Một kỹ thuật viên khác hay thân nhân giúp nâng phụ hai chân người bệnh.

+ Kỹ thuật viên vòng hai tay qua nách người bệnh (người bệnh khoanh tay) nhấc người bệnh lên khỏi xe cùng lúc với người phụ giúp chân người bệnh lên khỏi xe.

**3.4.2 Di chuyển từ giường qua xe:** *làm ngược lại.*

***3.5.Từ xe lăn đứng lên trong thanh song song***

- Đứng lên trong thanh song song:

+ Đẩy xe lăn lại gần xà kép, khóa xe. Đẩy hai chỗ tựa chân qua một bên.

+ Đặt 2 chân duỗi thẳng (có nẹp), gót đặt sát sàn nhà.

+ Hai tay người bệnh với phía trước đặt lên thanh song song.

+ Chịu sức nặng lên hai tay, nâng người lên bằng cách kéo hai thanh song song, kỹ thuật viên có thể giúp bằng cách nâng đai thắt lưng và một chân kỹ thuật viên tấn 2 bàn người bệnh không cho trượt tới trước.

+ Đứng sửa tư thế cho vững (vai ra sau, chân nghiêng ra trước).

- Ngồi xuống xe lăn:

+ Cho từng tay đặt lên chỗ để tay của xe.

+ Chịu sức nặng lên 2 tay từ từ ngồi xuống.

\* Chú ý: Phương pháp này phòng ngừa người bệnh bị ngã ra sau (xe lăn có thể bị lấy đi mà người bệnh không biết)

**VI. THEO DÕI**

Dùng dây thắt lưng an toàn giúp cho người bệnh khỏi ngã về phía trước trong trường hợp cơ duỗi lưng bị yếu.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Xe lăn bị trượt vì người bệnh không dùng phanh hay phanh bị hư.

- Xe lăn bị chổng là tai nạn thường xảy ra khi người bệnh ngồi vào xe lăn hay ra khỏi xe lăn do người bệnh bước chân lên miếng tựa chân: cần phải xoay miếng tựa chân qua một bên khi người bệnh bước vào hay rời khỏi xe lăn, người giữ chỗ phía sau lưng xe.

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lí trị liệu.

- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.

# SỬ DỤNG KHUNG, NẠNG, GẬY TRONG TẬP ĐI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nạng, khung, gậy là một loại dụng cụ trợ giúp di chuyển cần thiết để giúp người gặp khó khăn trong di chuyển, đi lại.

+ Nạng: Có hai loại chính: nạng nách và nạng khuỷu.

+ Khung : Có nhiều loại khung tập đi khác nhau: có bánh xe, không có bánh xe…

+ Gậy : Có nhiều loại gậy khác nhau: một chân, ba chân, bốn chân,...

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh liệt nửa người, liệt hai chi dưới, người bệnh tập sử dụng chân giả, nẹp chỉnh hình, trẻ bại não, bại liệt, một số bệnh lý chi dưới khác…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có rối loạn tri giác nhận thức, không hiểu lệnh và không điều khiển được các cử động của cơ thể.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phục hồi chức năng, kỹ thuật viên Vật lý trị liệu, người được đào tạo chuyên khoa.

**2. Phương tiện**

Kích thước của dụng cụ phải phù hợp với từng người bệnh vì vậy cần đo trước khi tập luyện.

\* Nạng nách hoặc nạng khuỷu.

+ Đo chiều cao nạng nách: Từ đất đến điểm cách hố nách 2-3 khoát ngón tay

+ Đo chiều cao nạng khuỷu: Từ sàn nhà đến cổ tay, đoạn tựa khuỷu từ khuỷu đến cổ tay.

\* Khung tập đi

- Đo chiều cao:

+ Mức 1: đến thắt lưng

+ Mức 2: đến giữa thắt lưng và nách

+ Mức 3: có giá đỡ đến nách

* Đo chiều rộng: bằng hai vai người bệnh

\* Gậy: Kích thước của dụng cụ này phải phù hợp với từng người bệnh vì vậy cần đo trước khi tập luyện.

**3. Người bệnh**

**4. Hồ sơ bệnh án:** Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa

- Các xét nghiệm liên quan.

- Lượng giá các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở và tình trạng người bệnh.

- Đọc kỹ phiếu điều trị.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**\* Nạng :**

**1. Cách đi ba điểm**

Đầu tiên 2 nạng được di chuyển trước, sau đó đến chân bị bệnh (yếu hơn) đưa ra trước, rồi tiếp đến chân bình thường (chân bình thường được đặt ở phía trước nạng).

**2. Cách đi bốn điểm luân phiên**

Cách đi này tạo ra ít nhất là 3 điểm trợ giúp ở cùng một thời điểm. Nạng bên phải di chuyển trước tiên -> bàn chân trái -> nạng bên trái -> bàn chân phải.

**3. Cách đi hai điểm luân phiên**

Kiểu đi này nhanh hơn kiểu đi 4 điểm. Nó yêu cầu thăng bằng tốt hơn vì chỉ có 2 điểm trợ giúp cơ thể cùng một lúc. Nạng trái và chân phải di chuyển lên trước cùng một lúc. Nạng phải và chân trái di chuyển lên trước cùng một lúc.

**4. Cách đi kiểu đu đưa**

Kiểu này dùng cho những người bệnh không thể dồn trọng lượng lên một chân. Cả hai nạng đưa về phía trước cùng một lúc với bàn chân yếu. Chân khỏe hơn đưa về phía trước qua điểm tì của nạng để giữ thăng bằng.

**5. Cách lên xuống cầu thang bằng nạng**

- Đi lên cầu thang: Đặt chân lành lên bậc thang tiếp theo, dồn trọng lượng thân thể lên chân đó, hai nạng và chân yếu sẽ cùng di chuyển lên bậc thang đó.

- Xuống cầu thang: Đặt nạng và chân yếu xuống trước, sau đó bước chân lành xuống bậc thang đó. Chân yếu luôn luôn có nạng để trợ giúp.

**6. Cách sử dụng 1 nạng**

Cho nạng ở phía bên lành, cho chân liệt và một nạng bước lên cùng một lúc, tiếp theo sau là chân lành.

**\* Khung:**

- Hướng dẫn người bệnh đứng thẳng, hai tay nắm lấy phần trên khung, hai chân đứng phần giữa khung, hơi nghiêng về phía trước để giữ trọng lượng.

- Hướng dẫn người bệnh đi như sau:

+ Người bệnh di chuyển khung lên phía trước bằng cách đẩy hoặc nâng khung lên.

+ Di chuyển một chân lên phía trước.

+ Tiếp tục di chuyển chân kia.

**\* Gậy:**

**1. Cách đi ba điểm**

Đầu tiên gậy được di chuyển trước, sau đó đến chân bị bệnh (yếu hơn) đưa ra trước, rồi tiếp đến chân bình thường (chân bình thường được đặt ở phía trước nạng).

**2. Cách đi kiểu đu đưa**

Kiểu này dùng cho những người bệnh không thể dồn trọng lượng lên một chân.

Gậy đưa về phía trước cùng một lúc với bàn chân yếu. Chân khỏe hơn đưa về phía trước qua điểm tì của gậy để giữ thăng bằng.

**3. Cách lên xuống cầu thang**

- Đi lên cầu thang: Đặt chân lành lên bậc thang tiếp theo, dồn trọng lượng thân thể lên chân đó, gậy và chân yếu sẽ cùng di chuyển lên bậc thang đó.

- Xuống cầu thang: Đặt gậy và chân yếu xuống trước, sau đó bước chân lành xuống bậc thang đó. Chân yếu luôn luôn có gậy để trợ giúp.

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi tình trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh trong và sau khi làm kỹ thuật.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Trong khi tập với nạng, khung người bệnh có thể bị ngã hoặc dụng cụ bị gẫy.

- Xử trí: kiểm tra kỹ dụng cụ trước khi tập, phải luôn có một người đi cạnh để trợ giúp người bệnh.

# KỸ THUẬT TẬP SỬ DỤNG VÀ ĐIỀU KHIỂN XE LĂN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Xe lăn là phương tiện để nâng đỡ cơ thể và giúp cho người bệnh di chuyển được dễ dàng, giảm thiểu hậu quả của việc bất động hay nằm lâu và tạo điều kiện cho người bệnh phấn khởi trở lại các sinh hoạt hàng ngày, giúp đỡ họ có cơ hội bình đẳng, tái hội nhập tham gia vào các hoạt động trong gia đình, xã hội

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Liệt tứ chi

2. Liệt hai chân.

3. Vết thương chưa lành.

4. Thời kỳ dưỡng sức (bệnh tim).

5. Thời kỳ không chịu sức nặng (gẫy xương).

6. Cụt hai chân

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tư thế bị biến dạng (vẹo cột sống hay gù lưng).

- Sự đè ép đĩa đệm và rễ thần kinh gây đau lưng và đau dây thần kinh tọa.

- Khi vị thế ngồi bị chống chỉ định.

- Loét ở vùng mông.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:** Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

**2. Phương tiện:** xe lăn tay, ghế ngồi, tấm ván lướt, đai thắt lưng an toàn, thanh song song.

**3. Người bệnh:** phải hợp tác và được giải thích rõ mục đích tập luyện.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Lượng giá tổng quát và khả năng tập của người bệnh.

- Có chỉ định tập sử dụng và di chuyển bằng xe lăn.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

***3.1. Cách xếp xe lăn***

- Đẩy miếng nâng đỡ gót chân ra trước trên chỗ tựa chân.

- Dựng tấm tựa chân lên cho thẳng góc với mặt sàn nhà.

- Kéo tấm đệm ngồi lên cho đến khi xe lăn xếp lại gọn gàng.

- Xếp gọn tấm đệm ngồi giữa hai thanh hai bên chỗ ngồi.

***3.2. Cách mở xe lăn***

- Đẩy hai thanh hai bên chỗ ngồi xuống cho đến khi mặt ghế được căng hoàn toàn.

- Nếu cố gắng mở xe bằng cách kéo hai thanh bên chỗ ngồi ra hai bên sẽ gây hư hại cho phần gắn tấm tựa tay (ở loại tháo rời ra được).

***3.3. Cách điều khiển xe lăn***

*3.3.1. Cách đẩy xe lăn*

- Cầm hai tay nắm và ấn chân vào cần nâng để hai bánh xe nhỏ rời khỏi mặt sàn.

- Tiếp tục cầm hai tay nắm và lăn xe trên hai bánh xe lớn.

*3.3.2. Cách đẩy xe lên xuống lề đường*

- Đẩy lên:

+ Xe lăn hướng mặt về phía lề đường.

+ Cầm hai tay nắm, ấn chân lên cần nâng xe để xe nghiêng ra sau trên hai bánh xe lớn.

+ Đặt hai bánh xe nhỏ lên bậc thềm.

+ Cầm tay nắm, nâng và lăn xe về phía trước lên lề đường.

- Đẩy xuống:

+ Đặt mặt xe hướng về phía lề đường.

+ Cầm hai tay nắm và ấn chân lên cần nâng xe để cho xe nghiêng ra sau trên hai bánh xe lớn.

+ Lăn chậm xe xuống khỏi lề đường.

+ Hạ hai bánh xe nhỏ xuống lòng đường.

*3.3.4. Cách lên xuống đường dốc*

- Với 1 độ dốc trung bình = độ cao/chiều dài = 1/12 thì không có cách di chuyển đặc biệt.

- Với những người bệnh yếu, khi xuống dốc có thể bị ngã ra trước. Trường hợp này nên đề nghị người bệnh xuống hướng lưng (đi lùi). Nếu xe lăn có loại thắng xe từng nấc, nên đặt ở vị thế cho phép xe lăn xuống từ từ.

**VI. THEO DÕI**

Dùng dây thắt lưng an toàn giúp cho người bệnh khỏi ngã về phía trước trong trường hợp cơ duỗi lưng bị yếu.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Xe lăn bị trượt vì người bệnh không dùng phanh hay phanh bị hư.

- Xe lăn bị chổng là tai nạn thường xảy ra khi người bệnh ngồi vào xe lăn hay ra khỏi xe lăn. Nguyên nhân là do người bệnh bước chân lên miếng tựa chân. Do đó, để an toàn cần phải xoay miếng tựa chân qua một bên khi người bệnh bước vào hay rời khỏi xe lăn, hoặc có người giữ chỗ phía sau lưng xe.

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lí trị liệu.

- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.

# 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 trường 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 thường 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.

+Trương 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 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**

**- 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 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

+ 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 SAU PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Khớp gối là một khớp lớn của cơ thể, được giữ vững nhờ hệ thống các dây chằng, bao khớp, sụn chêm và các cơ bao bọc xung quanh nó. Dây chằng chéo trước có vai trò quan trọng cho việc giữ cho xương chày không bị trượt ra trước so với xương đùi khi khớp gối vận động.

- Đứt dây chằng chéo trước là một thương tổn thường gặp mà nguyên nhân chủ yếu do các chấn thương thể thao, tai nạn giao thông, tai nạn lao động hay tai nạn sinh hoạt. Khi dây chằng chéo trước bị đứt, xương chày bị trượt ra trước so với xương đùi, khớp gối bị mất vững, người bệnh đi lại khó khăn. Tình trạng lỏng khớp kéo dài có thể dẫn đến các thương tổn thứ phát như rách sụn chêm, giãn dây chằng bao khớp, thoái hóa khớp.

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc của chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh**

Bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước bao nhiêu ngày.

**1.2. Khám và lượng giá chức năng**

Nếu sau mổ ngày thứ 2 trở đi, hướng dẫn bệnh nhân tập luyện theo liệu trình phục hồi chức năng.

Sau khi bệnh nhân hết thời gian nằm điều trị tại khoa phẫu thuật: Đánh giá độ sưng nề khớp, biên độ vận động khớp, cơ lực chân phẫu thuật để đưa ra bài tập phục hồi chức năng cho phù hợp.

**1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:** Chỉ chụp lại MRI khớp gối khi có chấn thương khớp gối lại hoặc có dấu hiệu lỏng khớp rõ.

**2. Chẩn đoán xác định:** Dựa vào cách thức phẫu thuật.

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

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

Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước cho phép người bệnh tập PHCN sớm sau phẫu thuật, khớp gối nhanh chóng lấy lại được biên độ vận động như trước phẫu thuật, sức cơ hồi phục, đồng thời tránh teo cơ đùi.

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

Bài tập gồm những giai đoạn như sau:

**2.1. Ngày 1 sau phẫu thuật**

- Tập lắc, di động xương bánh chè

- Mang nẹp đùi cẳng chân cố định sau mổ: tập dạng và khép chân, tập nâng toàn bộ chân lên khỏi mặt giường, tập vận động cổ chân trong nẹp.

- Tập co cơ tĩnh trong nẹp: tập gồng cơ đùi, cơ cẳng bàn chân

- Tháo nẹp ngày 3-4 lần, tập gấp duỗi gối chủ động có trợ giúp, gấp gối < 600

- Đeo nẹp liên tục cả ngày và đêm, kê cao chân phẫu thuật khi nằm nghỉ.

- Bệnh nhân có thể ngồi dậy trên giường.

**2.2. Ngày 2 sau phẫu thuật**

- Tiếp tục tập các bài tập trên như ngày thứ nhất

- Mang nẹp: bệnh nhân có thể tập ngồi, tập đứng dậy tỳ nhẹ xuống chân đau với trọng lượng bằng 50% trọng lượng cơ thể.

- Sử dụng 2 nạng nách trợ giúp.

**2.3. Ngày 3 sau phẫu thuật**

- Tiếp tục tập các bài tập như ngày 1, 2 với cường độ tăng dần.

- Tập vận động chủ động có kháng trở các khớp tự do tại chân phẫu thuật.

- Bệnh nhân đi lại, sử dụng 2 nạng nách trợ giúp.

**2.4. Sau 1 tuần sau phẫu thuật**

- Có thể gấp gối đến 900.

- Chịu trọng lượng trên chân phẫu thuật với cường độ tăng dần đến 100% trọng lượng.

- Nếu khớp gối sưng đau tăng lên, ngưng tập, chườm lạnh khớp gối.

- Mang nẹp cố định gối 4 tuần. Sử dụng nạng nách 4-6 tuần.

- Sang tuần thứ 2: Khớp gối phải được duỗi hoàn toàn, gối phải gấp được 90 độ, sức cơ tứ đầu đùi phải đủ mạnh.

**2.5. Từ tuần thứ 3 đến hết tuần thứ 4**

- Tăng cường tập vận động thụ động gối để gối gấp dần tối đa đến 120 độ.

- Tăng cường tập nâng chân, tập gấp duỗi gối chủ động tư thế ngồi (chưa có lực cản) để tăng sức cơ tứ đầu đùi.

- Tập đứng dồn 100% trọng lượng lên chân phẫu thuật.

- Tập đạp xe đạp tại chỗ không có lực cản.

- Tập sức cơ tứ đầu đùi bằng cách dùng lực cản ở cẳng chân khi khớp gối duỗi dần từ 90 đến 60 độ.

\* Sau phẫu thuật 4 tuần phải đạt: tầm vận động khớp gối là 120 độ và có thể đứng được trên chân phẫu thuật với toàn bộ trọng lượng cơ thể.

**2.6. Từ tuần thứ 5 đến hết tuần thứ 6**

- Tập gấp gối tích cực hơn để tăng tầm vận động của khớp.

- Tập nhún đùi (xuống tấn) trong giới hạn khớp gối duỗi dần từ 90 đến 40 độ và ngược lại, tốc độ tăng dần theo thời gian.

- Tập bước lên và bước xuống một bậc thang.

- Tập sức mạnh cơ đùi bằng cách tập nâng đùi với tạ hoặc bao cát hoặc chun khi khớp gối gấp 90 độ với trọng lượng tăng dần.

- Day mềm sẹo mổ, tập di động xương bánh chè.

**2.7. Từ tuần thứ 7 đến hết tuần thứ 10**

- Tăng cường các bài tập trên để đạt được biên độ gấp duỗi khớp gối thụ động bình thường.

- Bỏ nẹp, tập đi bộ tích cực và tập dáng đi bình thường.

- Tập bước lên và bước xuống đến 2-3 bậc thang.

- Tập nhún đùi với tầm vận động gấp duỗi gối tăng lên và tốc độ tăng dần.

- Tập chạy trên đường bằng phẳng.

**2.8. Từ tuần thứ 11 đến tuần thứ 16**

- Tăng cường các bài tập trên.

- Tập các bài tập tăng cường sức mạnh cơ tứ đầu đùi và cơ chậu chày.

- Tập gấp duỗi gối chủ động phải đạt biên độ bình thường.

- Vào tuần thứ 16 tầm vận động duỗi chủ động phải đạt duỗi hoàn toàn.

**2.9. Từ tháng thứ 5 đến hết tháng thứ 6**

**-** Tập các bài tập tăng cường sức mạnh cơ tứ đầu đùi và cơ chậu chày.

- Tập chạy tốc độ tăng dần, tập lên xuống bậc thang tích cực hơn.

**2.10. Tháng thứ 7**

- Bắt đầu làm quen các môn thể thao ưa thích nhưng với mức độ phù hợp. từ tháng thứ 8 trở đi mọi hoạt động nặng đều được tham gia, tập nhảy trên chân được phẫu thuật. Tập luyện và thi đấu thể thao bình thường.

**3. Các điều trị khác**

- Điều trị: Thuốc giảm đau chống viêm chống phù nề tăng cường.

- Vật lý trị liệu: vi sóng, điện phân thuốc, điện xung từ tuần thứ 2 sau phẫu thuật

- Điều trị hỗ trợ: bằng các dụng cụ nạng, gậy, chun, tạ.

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Sau phẫu thuật 2 tuần bệnh nhân được tái khám sau đó cứ 1 tháng được tái khám 1 lần đến khoảng thời gian 1 năm sau phẫu thuật.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT SỤN CHÊM KHỚP GỐI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Sụn chêm khớp gối bao gồm sụn chêm trong và sụn chêm ngoài. Sụn chêm có hình bán nguyệt nằm giữa mặt khớp lồi cầu đùi ở trên và mâm chày phía dưới.

- Sụn chêm hoạt động như các giảm xóc, hấp thu và truyền lực đều từ lồi cầu xương đùi xuống xương chày, làm giảm các sang chấn sụn khớp. Sụn chêm còn góp phần tạo nên sự vững chắc cho khớp gối.

- Lực tác động lên sụn chêm ở tư thế gối gập và duỗi khác nhau, theo một số tác giả có 50% lực chịu năng sẽ truyền qua sụn chêm ở tư thế gối duỗi thẳng và 85% ở tư thế gối gấp.

- Khi sụn chêm bị rách:

+ Nếu rách ở vùng 1/3 ngoài: Giàu mạch máu nuôi nên rách ở vùng này dễ hồi phục nếu phát hiện sớm và điều trị đúng.

+ Nếu rách ở 1/3 giữa mạch máu nuôi: vùng trung gian nên mạch máu bắt đầu giảm, tổn thương có thể lành khi điều trị đúng nhưng kết quả đem lại với tỉ lệ thấp.

+ Nếu rách ở 1/3 trong: Đây là vùng vô mạch nên rách ở đây không có khả năng phục hồi nên thường điều trị bỏ đi phần rách.

-Thương tổn sụn chêm rất thường gặp trong chấn thương khớp gối với các thể thường gặp như rách dọc, rách kiểu quai xô, kẹt khớp… Ngày nay nhờ nội soi khớp gối mà việc chẩn đoán chính xác cũng như điều trị các thương tổn của sụn chêm trở lên thuận lợi và hiệu quả hơn rất nhiều.

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc của chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh**

- Bệnh nhân được phẫu thuật ngày thứ mấy ?

- Cách thức phẫu thuật là gì ?

**1.2. Khám và lượng giá chức năng**

- Khám bệnh nhân sau phẫu thuật để tiên lượng điều trị.

- Khám vận động khớp gối, cơ lực các nhóm cơ.

- Bệnh nhân có đau hay không, khớp có phù nề không.

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

- Chụp MRI khớp gối.

- Nội soi khớp gối.

**2. Chẩn đoán xác định**

Dựa vào cách thức phẫu thuật của phẫu thuật viên.

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

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

- Tiến hành sớm và tùy theo giai đoạn

- Tăng cường tầm vận động khớp.

- Tập đứng tập đi bộ.

- Tăng cường sức mạnh dẻo dai của cơ.

- Phục hồi chức năng được áp dụng sớm sau phẫu thuật để lấy lại chức năng khớp gối.

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

Bài tập phục hồi chức năng gồm những giai đoạn sau:

**2.1. Giai đoạn I: 1 tuần sau phẫu thuật**

- Mục tiêu:

+ Kiểm soát đau và phù nề.

+ Bắt đầu tập vận động khớp gối.

+ Tập co cơ tĩnh cơ tứ đầu đùi.

- Bài tập:

+ Bệnh nhân được mang nẹp đùi cẳng chân với khớp gối duỗi hoàn toàn tránh làm ảnh hưởng tới sụn chêm được tái tạo. Nẹp được mang cả ngày và đêm.

+ Có thể vận động gập duỗi gối ngay từ ngày thứ 2 sau mổ. Không được gập gối quá 900 (tháo nẹp khi tập). Gối được phép gấp khi bệnh nhân ngồi và khi bệnh nhân không đi lại.

+ Tập gồng cơ đùi tư thế gối duỗi hoàn toàn, gồng 20 lần, mỗi lần giữ 5 giây, tập khoảng 3 liệu trình 1 ngày.

+ Tập duỗi thẳng khớp gối ở tư thế nằm hoặc ngồi cố gắng giữ ở tư thế đó trong 5 phút. Tập 3 lần/ngày.

+ Đeo nẹp: Tập vận động khớp háng và khớp cổ chân

+ Bệnh nhân được sử dụng nạng khi đi bộ (mang nẹp duỗi gối hoàn toàn) chịu trọng lượng dần lên chân phẫu thuật, bệnh nhân có thể chịu trọng lượng hoàn toàn khi bệnh nhân không thấy đau khớp gối.

**2.2. Giai đoạn II: 2 đến 6 tuần sau phẫu thuật.**

\* Mục tiêu:

+ Bảo vệ khớp gối tránh vận động quá mức và làm lành vết thương.

+ Lấy lại tầm vận động của khớp, với giới hạn gập gối đến 900 .

+ Bắt đầu tập mạnh sức cơ.

\* Các bài tập:

- Tập gồng cơ tứ đầu đùi, tập 20 lần, mỗi lần giữ 5 giây, ngày tập 3 liệu trình như vậy.

- Tập duỗi thẳng khớp gối, giữ mỗi lần 5 phút, 3 lần/ngày.

- Tập gập duỗi khớp gối khi tháo nẹp gấp không quá 900, tập 20 động tác, 3 lần/ngày.

- Nằm với chân duỗi thẳng: co cơ tĩnh toàn bộ chân phẫu thuật:

- Nâng chân lên khỏi mặt giường.

- Có thể đặt một cái gối dưới khớp gối, gồng cơ nâng chân thẳng, giữ 5 giây sau đó gập gối xuống.

- Vận động khớp cổ chân.

- Dạng khép khớp háng với gối duỗi thẳng.

- Đứng: chịu trọng lượng lên chân phẫu thuật.

- Nhún chân, chịu trọng lượng lên mũi chân, giữ 1 giây, làm khoảng 20 lần.

- Tập xuống tấn với gối gấp 45o, giữ 5 giây sau đó từ từ đứng lên, làm như vậy khoảng 20 lần.

- Khi đi lại: Đi bộ đeo nẹp với gối duỗi thẳng, sử dụng nạng khi đi bộ, chịu trọng lượng vào chân phẫu thuật. Nếu thấy đau khớp gối, giảm trọng lượng tỳ vào chân phẫu thuật. Có thể gấp gối khi ngồi. Sau 4 tuần có thể bỏ nẹp duỗi gối khi đi lại.

**2.3. Giai đoạn III: 6 đến 12 tuần sau phẫu thuật.**

\* Mục tiêu:

+ Chịu trọng lượng vào chân phẫu thuật.

+ Lấy lại hết tầm vận động của khớp gối.

+ Tập mạnh sức cơ.

\* Các bài tập:

- Bài tập gập duỗi khớp gối chủ động lấy lại tầm vận động bình thường của khớp gối.

- Bắt đầu bỏ nạng tập đi bộ chậm.

- Tiếp tục tập các bài tập ở giai đoạn trên.

- Tập đứng chịu lực hoàn toàn trên chân phẫu thuật.

- Tập xuống tấn: Gập gối đến 900 giữ 5 giây sau đó từ từ đứng lên.

- Tập đứng lên từ tư thế ngồi trên ghế.

- Tập vận động gập duỗi gối có sức cản (trên máy tập hoặc dụng cụ trợ giúp tránh không được xoắn vặn khớp gối).

- Tập lên xuống cầu thang.

- Tập đạp xe đạp từ 10 tới 20 phút.

- Giai đoạn này chưa chạy và chơi thể thao.

**2.4. Giai đoạn IV: Sau 4 tháng phẫu thuật.**

Bệnh nhân bắt đầu tập chạy.

Sau 6 tháng bệnh nhân trở lại các hoạt động thể thao.

**3. Các điều trị khác**

- Điều trị thuốc bổ sung khi khớp gối bị sưng nề: Giảm đau, chống phù nề.

- Ngừng tập vận động khớp gối, chườm lạnh, thuốc chống viêm, giảm phù nề. Khi khớp gối đỡ nề, tiếp tục tập vận động bình thường.

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Tái khám lần 1: 2 tuần sau phẫu thuật.

- Các lần sau: 1 tháng tiếp theo đến 4 tháng sau phẫu thuật.

- Các chỉ số cần theo dõi:

+ Dấu hiệu đau khi đứng, đi lại.

+ Tầm vận động của khớp.

+ Cơ lực chân phẫu thuật.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM QUANH KHỚP VAI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

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

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

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc của chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh**

- Lý do vào viện: đau vai? vận động vai khó khăn?

- Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất triệu chứng, chẩn đoán và điều trị cũ, tiến triển của bệnh, tình trạng hiện tại.

- Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương,…

**1.2. Khám và lượng giá chức năng**

- Quan sát:

+ So sánh sự cân xứng giữa 2 vai, tình trạng teo cơ, màu sắc da vùng vai 2 bên

+ Tư thế giảm đau của bệnh nhân

- Tìm các điểm đau quanh vùng khớp vai. Xác định mức độ đau vai theo thang nhìn VAS.

- Đo tầm vận động khớp vai theo các tầm khác nhau để xác định mức độ giới hạn tầm vận động khớp.

- Đánh giá cơ lực các nhóm cơ vùng vai và cánh tay.

- Sử dụng các nghiệm pháp chuyên biệt để đánh giá các gân cơ chóp xoay (rotator cuff) và hội chứng chạm (impingement syndrome).

- Sử dụng bộ câu hỏi DASH để lượng giá mức độ giới hạn chức năng chi trên do tình trạng đau và giới hạn tầm vận động khớp vai gây ra.

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

- Các xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu: không có những thay đổi đặc hiệu.

- Chẩn đoán hình ảnh:

+ X-quang khớp vai: có thể ghi nhận được một số hình ảnh gián tiếp như bất thường giải phẫu mỏm cùng vai, các nốt vôi hóa gân cơ quanh khớp vai. Cho phép loại trừ các trường hợp tổn thương xương, khớp khác.

+ MRI khớp vai: rất có giá trị trong chẩn đoán chính xác nguyên nhân VQKV.

+ Siêu âm khớp vai: trong trường hợp không có điều kiện để chụp MRI khớp vai thì siêu âm cũng có thể giúp xác định được một số trường hợp tổn thương gân cơ quanh khớp vai như rách gân cơ trên gai, đầu dài gân cơ nhị đầu cánh tay,…

**2. Chẩn đoán xác định**

- Đau vai, thường khu trú ở vùng vai và không kèm sưng nóng đỏ.

- Giới hạn tầm vận động khớp vai theo nhiều tầm khác nhau.

- Các nghiệm pháp chuyên biệt đánh giá gân cơ chóp 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, siêu âm để giảm đau, giãn cơ, chống viêm và giảm xơ dính.

- Điện phân dẫn thuốc để giảm đau, chống viêm (Novocain, Salicilat….)

- Điện xung để giảm đau.

**2.2. Vận động trị liệu**

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

- Tập chủ động với các dụng cụ: các bài tập với gậy, dây, thang tường, ròng rọc nhằm tăng tầm vận động khớp và tập mạnh các nhóm cơ vùng vai.

- Bài tập Codman đong đưa khớp vai: bài tập này giúp bệnh nhân giảm đau vai rất tốt, đồng thời làm cải thiện tình trạng giới hạn tầm vận động khớp vai.

**2.3. Hoạt động trị liệu**

- Hướng dẫn bệnh nhân thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày có sử dụng tay như mặc áo quần, tắm rửa, chải tóc,…

**3. Các điều trị khác**

**3.1. Nội khoa**

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

- Tiêm corticoid tại chỗ.

**3.2. Ngoại khoa**

- Chỉ định trong trường hợp có đứt gân cơ chóp xoay, thường gặp nhất là đứt gân cơ trên gai.

- Tạo hình mỏm cùng vai trong hội chứng chạm 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

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRẬT KHỚP VAI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Định nghĩa: trật khớp vai là tình trạng chấn thương làm lệch chỏm đầu xương cánh tay ra khỏi vị trí ban đầu của khớp chỏm đầu xương cánh tay - mỏm cùng vai, làm biến dạng khớp.

- Tiến triển: nếu nắn chỉnh sớm, điều trị sớm sẽ tiến triển tốt không có biến chứng xảy ra. Nếu không nắn chỉnh, điều trị kịp thời sẽ có các biến chứng như cứng khớp vai, trật khớp vai tái diễn, hạn chế tầm vận động của khớp vai.

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh**: Hỏi người bệnh hoàn cảnh xuất hiện có bị ngã hay bị chấn thương, tiền sử có hay bị trật khớp vai hay khớp khác; thực hiện các động tác theo tầm vận động khớp vai có bị hạn chế, người bệnh có bị đau và hỏi các dấu hiệu chủ quan khác.

**1.2. Khám lâm sàng**

- Nhìn từ phía trước người bệnh: mỏm vai thấp xuống do đầu xương cánh tay trật xuống, mỏm cùng vai nhô lên nên gọi là dấu hiệu “gù vai”. Phần dưới cơ Delta, đoạn trên cơ tam đầu cánh tay lõm, góc gấp như hình gãy gọi là dấu hiệu “nhát rìu”. Cánh tay dạng với thân 300 - 400

- Nhìn nghiêng: đầu xương cánh tay gồ ra phía trước, rãnh giữa cơ Delta và cơ ngực lớn bị đầy

- Sờ nắn: đi sâu vào vùng nách thấy hõm khớp rỗng, dưới mỏ quạ sờ được đầu xương cánh tay.

**1.3. Chỉ định xét nghiệm**: Ngoài các xét nghiệm cơ bản về máu, XQuang tim phổi cần có các xét nghiệm chuyên khoa như chụp XQuang khớp vai tư thế thẳng, nghiêng. Siêu âm khớp vai và trong trường hợp cần thiết chụp cắt lớp vi tính (CT-Scan) hoặc cộng hưởng từ hạt nhân (MRI).

**2. Chẩn đoán xác định:** Dựa theo hoàn cảnh xuất hiện, về lâm sàng có biến dạng khớp vai, vai sệ hoặc vai bị lệch, chụp XQ khớp vai thấy đầu xương cánh tay lệch khỏi vị trí ổ khớp.

**3. Chấn đoán phân biệt với**

- Tổn thương hoặc đứt gân cơ chóp xoay: Chụp XQuang khớp vai thấy đầu xương cánh tay vẫn ở vị trí ổ khớp nhưng không xoay cánh tay được.

- Gãy xương đòn: khám thấy xương đòn bị gãy

- Một số tình trạng bệnh lý thần kinh cơ như bại liệt, vẹo cột sống, viêm khớp thiếu niên…

**4. Chẩn đoán nguyên nhân**

- Do nguyên nhân chấn thương trực tiếp hay gián tiếp:

+ Nguyên nhân trực tiếp do chấn thương

+ Nguyên nhân gián tiếp: do ngã chống tay xuống đất

- Do một số bệnh lý thần kinh, cơ.

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

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

- Nắn trật khớp vai sớm

- Giảm đau, giảm phù nề

- Chống kết dính tại khớp

- Làm giảm sự kéo giãn dây chằng, bao khớp

- PHCN tầm vận động khớp vai

- PHCN sinh hoạt hàng ngày.

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

- Tư thế trị liệu: sau khi nắn khớp xong để tay ở tư thế chức năng, dùng băng để treo tay lên để làm giảm trọng lượng chi.

- Nhiệt trị liệu: trong giai đoạn cấp dùng nhiệt lạnh, trong giai đoạn mạn dùng nhiệt nóng: tia hồng ngoại, chườm nóng, parafin…

- Vận động trị liệu:

+ 3 - 4 ngày đầu sau nắn chỉnh thực hiện co cơ tĩnh các nhóm cơ khớp vai và đai vai

+ Từ ngày thứ 5 trở đi tiếp tục co cơ tĩnh, sau đó thực hiện tập vận động có kháng trở nhưng nhẹ nhàng và không gây cử động khớp vai.

+ Từ tuần thứ 2 trở đi tập vận động có trợ giúp của KTV VLTL để gia tăng tầm vận động khớp vai, nhưng hạn chế vận động chủ động mạnh.

- Điện trị liệu: điện xung, điện phân, giao thoa…

- Thủy trị liệu: bơi lội trong bể bơi, bồn xoáy và các phương thức thủy trị liệu phù hợp khác.

- Hoạt động trị liệu bàn tay, cổ tay, cánh tay và khớp vai

**3. Thuốc**

- Thuốc giảm đau: các thuốc giảm đau thông thường, thuốc nhóm non steroids.

- Các thuốc giảm phù nề: các men (α chymothrypcine, α choay), Corticoide khi cần thiết

- Các thuốc chống viêm khi cần thiết

**4. Các điều trị khác**

- Các phương Y học cổ truyền phối hợp

- Tâm lý trị liệu

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Trật khớp vai có thể bị tái phát nên cần theo dõi tại cơ sở y tế tuyến dưới, tái khám định kỳ 3 tháng tại các cơ sở Phục hồi chức năng.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY XƯƠNG ĐÒN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gãy xương đòn là mất sự toàn vẹn của xương đòn do chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp gây đau và hạn chế vận động.

- Phục hồi chức năng gãy xương đòn là áp dụng các kỹ thuật vật lý trị liệu, vận động trị liệu, thuốc để thúc đẩy quá trình liền xương, các chức năng liên quan của xương đòn và phòng tránh các biến chứng (teo cơ, cứng khớp vai…)

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1.Các công việc chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh**

**-** Tình huống xảy ra chấn thương?

**-** Thời gian bị chấn thương đến thời điểm hiện tại?

- Các biện pháp đã can thiệp, xử trí?

- Hỏi bệnh nhân có đau chói tại nơi gãy không?

- Có đau, hạn chế vận động các khớp vai khi vận động không?

**1.2. Khám lâm sàng**

- Cơ năng: Đau chói điểm gãy, tay lành đỡ tay đau, đầu nghiêng về xương bị gãy.

- Thực thể: Chỗ xương bị gãy gồ lên, vai hạ thấp xuống và kéo vào trong, đoạn cùng - vai - ức bị ngắn hơn bên lành. Nếu nắn kỹ có dấu hiệu bập bềnh của đầu xương. Mất động tác dạng khớp dạng khớp vai. Đánh giá cơ lực, tầm vận động khớp háng và các tổn thương thần kinh, mạch máu khác nếu có.

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

Chụp X-quang xương đòn để xác định và kiểm tra vị trí gãy và độ di lệch của xương.

**2. Chẩn đoán xác định**

Chụp X-quang xương đòn xác định chẩn đoán

**3. Chẩn đoán phân biệt**

- Với các chấn thương phần mềm, không có tổn thương xương

- Trật/ bán trật khớp vai

**4. Chẩn đoán nguyên nhân**

Gãy do: chấn thương, loãng xương, lao xương, ung thư xương…

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

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

Cố định tốt điểm gãy, không vận động khớp vai bên gãy giai đoạn cấp

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

**2.1. Giai đoạn bất động**

- Mục đích là cải thiện tuần hoàn, duy trì lực cơ ở các khớp tự do, chống teo cơ do bất động.

- Tuần 1-2: ngay sau khi cố định bằng băng số 8 cần vận động tập ngay

+ Tập chủ động cử động gập duỗi ngón tay

+ Tập chủ động gập duỗi cổ tay, khuỷu tay, cử động sấp ngửa cẳng tay.

+ Tập chủ động các cử động của cột sống cổ

+ Co cơ tĩnh nhẹ nhàng ở vùng đai vai

- Tuần 3-4: Tập như tuần 1-2, tập thêm động tác dạng cánh tay có tác dụng tạo sức ép vào đầu xương làm liền xương nhanh

**2.2. Giai đoạn sau bất động**

- Mục đích là làm giảm đau, giảm co thắt cơ vùng đai vai, gia tăng sức mạnh, tầm vận động và chức năng sinh hoạt của khớp vai.

- Nhiệt trị liệu: chườm ấm vào các cơ vùng cổ gáy bằng paraphin hoặc hồng ngoại

- Xoa bóp các cơ bị co cứng ở vùng cổ vai

- Tập mạnh các cơ vùng đai vai nhưng phải tuỳ theo lực cơ của người bệnh, có thể tập chủ động có trợ giúp, chủ động hoặc có đề kháng

- Tập chủ động trợ giúp hoặc tự trợ giúp bằng giàn treo, ròng rọc, tay kỹ thuật viên để gia tăng tầm vận động khớp vai

- Hướng dẫn chương trình tập tại nhà: bò tường trong tư thế gập và dạng vai, dùng tay lành trợ giúp tay đau thực hiện các cử động của khớp vai

- Hoạt động trị liệu: bện thừng, bắt bóng, ném bóng…

**3. Thuốc**

- Các thuốc giảm đau Paracetamol

- Các thuốc tái tạo xương: Calcitonin, Biphosphonat, Calcium…

- Các thuốc giảm đau thần kinh: Gabapentin, Pregabalin

**III. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng…

- Phản ứng của người bệnh trong quá trình tập luyện: thái độ hợp tác, sự tiến bộ…

- Tình trạng chung toàn thân.

- Tái khám sau 3 tháng, 6 tháng, một năm hoặc khi có bất kỳ sự cố nào trong sinh hoạt.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**1. Khái niệm**

- Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là một bệnh viêm khớp mạn tính, đặc trưng bởi tổn thương tại cột sống và khớp cùng chậu. Bệnh tiến triển chậm, có xu hướng dính khớp, thường phối hợp với viêm các điểm bám gân.

- Cơ chế bệnh sinh của bệnh VCSDK hiện nay chưa được biết rõ, tuy nhiên bệnh VCSDK có mối liên quan chặt chẽ với kháng nguyên HLA-B27 (gặp trong 75-90% bệnh nhân). Yếu tố gen (tính chất gia đình 3-10%) và các tác nhân nhiễm khuẩn có vai trò nhất định. Bệnh thường gặp ở nam giới (80-90%), trẻ tuổi.

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc của chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh**

- Biểu hiện lâm sàng hay gặp nhất ở bệnh nhân VCSDK là đau cột sống thắt lưng, kèm theo cảm giác cứng cột sống, hạn chế vận động cột sống và viêm các khớp ngoại vi chủ yếu là các khớp lớn ở chi dưới.

- Triệu chứng tại khớp:

+ Đau cột sống lưng và/hoặc thắt lưng, đau khớp cùng chậu, đau kiểu viêm, có cứng khớp.

+ Viêm các khớp khác, có thể 1 bên hoặc đối xứng cổ chân, gối, khớp háng, cổ vai…

+ Viêm các điểm bám tận của gân.

- Biểu hiện ngoài khớp và bệnh kèm theo: có thể có các biểu hiện ngoài khớp như vẩy nến, viêm màng bồ đào, viêm ruột mạn tính, hở van động mạch chủ, thiếu máu.

- Các biểu hiện toàn thân: sốt nhẹ, mệt mỏi, giảm cân

- Tiền sử gia đình: phát hiện yếu tố gen

- Tiền sử bệnh tật: phát hiện các triệu chứng dương tính và âm tính để giúp chẩn đoán xác định bệnh.

- Khả năng thực hiện các hoạt động chức năng (di chuyển và sinh hoạt hàng ngày), lao động, nghề nghiệp, vui chơi giải trí.

- Các thông tin về gia đình, hoàn cảnh sống, điều kiện kinh tế - xã hội…

**1.2. Khám và lượng giá chức năng**

- Quan sát hình dáng, độ cân xứng của cơ thể, dáng đi để phát hiện đánh giá các biến dạng gù, vẹo cột sống, các biến dạng khớp háng, gối, cổ chân.

- Đánh giá độ dãn cột sống thắt lưng (nghiệm pháp Schober) và toàn bộ cột sống (nghiệm pháp Stibor), vận động nghiêng, xoay cột sống.

- Nghiệm pháp ép, dãn cánh chậu nhằm xác định có viêm khớp cùng chậu hay không.

- Đo độ giãn nở lồng ngực, tầm vận động khớp vai, giúp dự báo chức năng hô hấp

- Đo tầm vận động các khớp háng, gối, cổ chân nếu có đau, viêm.

- Lượng giá cơ lực của các nhóm cơ chi dưới, cơ mông.

- Các thăm khám về thần kinh: giúp xác định có biểu hiện chèn ép tủy hoặc rễ, dây thần kinh hay không

+ Phản xạ gân gối, gót chân hai bên

+ Thăm khám về cảm giác: phát hiện các rối loạn mất hoặc giảm cảm giác, hoặc các dị cảm, tê bì…

+ Chức năng vận động

+ Chức năng ruột / bàng quang.

- Đánh giá mức độ đau theo thang điểm NRC, VAS.

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

- Chẩn đoán hình ảnh: chụp Xquang tiêu chuẩn là xét nghiệm quan trọng nhất trong chẩn đoán xác định bệnh và giai đoạn bệnh: chụp Xquang quy ước cột sống (tư thế thẳng và nghiêng), chụp khung chậu thẳng, chụp các khớp ngoại vi khi có viêm.

**Dấu hiệu sớm:** viêm khớp cùng chậu 2 bên giai đoạn 3 (hẹp nhiều, có chỗ dính) và giai đoạn 4 (dính hoàn toàn không còn ranh giới).

**Giai đoạn muộn:** khớp háng có hình hẹp khe khớp, diện khớp mờ, khuyết xương, dính khớp. Cột sống: hình ảnh cầu xương, dải xơ dọc cột sống.

- Chụp cộng hưởng từ (MRI) khớp cùng chậu có giá trị trong chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm và các trường hợp viêm cột sống dính khớp có dấu hiệu chèn ép tủy.

- Xét nghiệm máu: các chỉ số về bằng chứng viêm như máu lắng tăng, protein C phản ứng (CRP) tăng ở đa số bệnh nhân viêm cột sống dính khớp nhưng ít có giá trị chẩn đoán.

- Xét nghiệm miễn dịch: Waaler Rose, kháng thể kháng nhân, tế bào Hargraves phần lớn âm tính, có giá trị chẩn đoán phân biệt với các bệnh khớp khác.

+ HLA-B27: tỷ lệ dương tính là 75-90%, nhưng không phải xét nghiệm thường quy để chẩn đoán bệnh và tiên lượng bệnh. Tuy nhiên, đây là xét nghiệm cần thiết góp phần quan trọng vào chẩn đoán xác định bệnh viêm cột sống dính khớp ở những bệnh nhân chưa đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh viêm cột sống dính khớp trên lâm sàng.

- Chức năng hô hấp: khi độ giãn lồng ngực giảm làm ảnh hưởng đến chức năng hô hấp

- Đo mật độ xương: chỉ định khi bệnh diễn biến lâu, hạn chế vận động nhiều và theo dõi tác dụng phụ của thuốc.

- Xét nghiệm dịch khớp: khi tràn dịch khớp gối, dịch khớp biểu hiện viêm không đặc hiệu, có giá trị phân biệt với các bệnh lý viêm nhiễm khác.

**2. Chẩn đoán xác định:** Tiêu chuẩn New York sửa đổi 1984

- Tiêu chuẩn lâm sàng

+ Đau thắt lưng 3 tháng trở lên, cải thiện khi luyện tập, không giảm khi nghỉ

+ Hạn chế vận động cột sống thắt lưng cả mặt phẳng đứng và nghiêng

+ Giảm độ giãn lồng ngực (dưới hoặc bằng 2,5cm)

- Tiêu chuẩn X quang

+ Viêm khớp cùng chậu giai đoạn ≥ 2 hai bên hoặc giai đoạn 3 - 4 một bên

+ Xác định VCSDK khi có tiêu chuẩn X quang kèm theo ít nhất một tiêu chuẩn lâm sàng

**Tiêu chuẩn New York sửa đổi 1984** chỉ ứng dụng cho thể cột sống và chẩn đoán bệnh ở giai đoạn toàn phát, nhưng không thể sử dụng chẩn đoán ở giai đoạn sớm do hình ảnh viêm khớp cùng chậu trên X quang không phải dấu hiệu sớm của bệnh. Khi đó cộng hưởng từ có giá trị nhất trong việc phát hiện viêm khớp cùng chậu, với hình ảnh tăng tín hiệu trên STIR của dây chằng khớp cùng chậu, có thể kèm theo hình bào mòn và xơ xương ở T1.

**3. Chẩn đoán phân biệt**

- Bệnh Forestier: xơ hóa dây chằng quanh đốt sống và có cầu xương nhưng không có biểu hiện viêm.

- Thoái hóa cột sống: thường gặp ở tuổi trung niên. Đau có tính chất cơ học, giảm khi nghỉ ngơi, các xét nghiệm máu không có biểu hiện viêm. XQ có hình ảnh đặc xương dưới sụn, hẹp khe đĩa đệm, gai xương thân đốt sống, không có tổn thương khớp cùng chậu.

- Viêm đốt sống do vi khuẩn (bệnh nhân sốt, rất đau vùng đốt sống bị tổn thương, chụp Xquang có hình ảnh tổn thương thân đốt sống…)

- Các bệnh khớp khác: lao khớp háng, gút, thoái hóa khớp háng, khớp gối…

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

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

- Kiểm soát đau và viêm.

- Duy trì tầm vận động khớp và cột sống, đề phòng các thương tật thứ phát như teo cơ, cứng khớp, biến dạng khớp, cột sống.

- Đảm bảo chức năng hô hấp, tim mạch.

- Duy trì và cải thiện các chức năng vận động, di chuyển và các hoạt động sinh hoạt hàng ngày.

- Nâng cao chất lượng cuộc sống, vui chơi giải trí, lao động và hướng nghiệp, hòa nhập xã hội cho bệnh nhân

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

Vận động giữ một vai trò rất quan trọng trong quá trình điều trị nhằm hạn chế teo cơ, dính khớp, bảo toàn và duy trì chức năng vận động cột sống, các khớp. Tư vấn, giáo dục cung cấp đầy đủ các thông tin về bệnh tật và hướng dẫn cho người bệnh các bài tập vận động cần thiết cũng như các tư thế đúng: nằm ngủ trên nền cứng với gối mỏng hoặc không có gối, không ngồi xổm, không mang vác nặng. Mỗi giai đoạn bệnh có các biện pháp điều trị và tập luyện khác nhau.

**2.1. Giai đoạn cấp tính**

- Trong giai đoạn bệnh tiến triển cấp tính: đau, hạn chế vận động cột sống nhiều, viêm các khớp ngoại biên, người bệnh phải được nghỉ ngơi, vận động nhẹ nhàng, tránh các bài tập khớp quá nặng. Đặt tư thế đúng, tránh các tư thế gập cột sống hoặc gây co rút các khớp sau này. Có thể sử dụng các nẹp chỉnh hình, hỗ trợ duy trì tư thế đúng cho các khớp.

- Sử dụng các phương pháp vật lý trị liệu như nhiệt nóng nhẹ, nhiệt lạnh, điện xung giảm đau, siêu âm, thích hợp với vị trí khớp tổn thương, kết hợp thủy trị liệu có tác dụng chống viêm, giảm phù nề, giảm đau tại chỗ.

- Vận động trị liệu: Các kỹ thuật xoa bóp, di động khớp, di động mô mềm, các bài tập thụ động, chủ động giúp duy trì tầm vận động và độ đàn hồi của gân, cơ, khớp, cải thiện tính linh hoạt của các cấu trúc mô mềm, đồng thời cũng có tác dụng giảm đau, giảm viêm, tạo sự thư giãn cơ.

- Các kỹ thuật tập thở sâu, nhất là thở ngực (thở liên sườn), các bài tập đai vai để duy trì độ giãn nở lồng ngực.

**2.2. Giai đoạn bán cấp và mạn tính**

- Các bài tập chủ động, có kháng trở tăng tiến để tăng cường sức mạnh cơ, bài tập di động khớp và kéo giãn giúp gia tăng tầm vận động các khớp.

- Bài tập vận động cột sống cổ, ngực và thắt lưng: duy trì và cải thiện các hoạt động gập, duỗi, nghiêng và xoay thân, tăng cường sức mạnh nhóm cơ duỗi lưng.

- Luyện tập chỉnh sửa tư thế và dáng đi, kiểm soát vận động của khung chậu.

- Hoạt động trị liệu giúp người bệnh độc lập tối đa trong các sinh hoạt hàng ngày và di chuyển, có thể chỉ định các dụng cụ trợ giúp, thích nghi như nẹp chỉnh hình, khung tập đi…

- Các bài tập sức bền, tăng cường chức năng tim mạch hô hấp, các hoạt động thể thao như bơi lội, đi bộ, đạp xe…

- Chương trình tập vận động có thể được thiết kế theo cá nhân hoặc theo nhóm.

**3. Điều trị thuốc**

- Thuốc chống viêm không steroide là lựa chọn đầu tiên, nên lựa chọn thuốc ức chế chọn lọc COX2 kết hợp với thuốc giảm đau và giãn cơ vân.

- Thuốc giảm đau: phối hợp thuốc giảm đau bậc 1-2 theo sơ đồ sử dụng thuốc giảm đau của WHO.

- Glucocorticoids

+ Tiêm corticosteroids tại chỗ: chỉ định với các trường hợp viêm các điểm bám gân hoặc các khớp ngoại biên có tình trạng viêm kéo dài. Nếu là khớp háng, nên tiêm dưới hướng dẫn của siêu âm.

+ Sử dụng corticosteroids toàn thân: không có chỉ định. Trừ trường hợp không đáp ứng với thuốc CVKS có thể dùng corticosteroids toàn thân ngắn ngày.

- Thuốc chống thấp khớp làm thay đổi bệnh (DMARD): Sulfasalazin: chỉ định cho thể có viêm khớp ngoại biên. Liều 2-4g/ngày, kéo dài nhiều năm

- Điều trị thuốc kháng TNF (DMARD sinh học)

+ Chỉ định thuốc kháng TNF cho các thể bệnh hoạt động dai dẳng, không đáp ứng với phác đồ điều trị thông thường.

+ Bệnh nhân VCSDK thể cột sống: điều trị thuốc kháng TNF kết hợp với thuốc chống viêm giảm đau, không kết hợp với nhóm DMARD kinh điển (Sulfasalazine, Methotrexate)

+ Các thuốc kháng TNFα: Infliximab (RemicadeR), Etanercept (EnbrelR), Adalimumab. Cần loại trừ các chống chỉ định trước khi quyết định điều trị: nguy cơ nhiễm trùng, bệnh lao, suy tim, khối u ác tính, bệnh máu và nhiễm virus...

**4. Các điều trị khác**

- Thay khớp nhân tạo (khớp háng, gối)

- Phẫu thuật chỉnh hình đối với cột sống: khi có gù vẹo, lún xẹp, gãy cột sống

- Can thiệp thay đổi nhận thức - hành vi, tâm lý trị liệu giúp bệnh nhân kiểm soát tốt hơn tình trạng đau mạn tính, hòa nhập xã hội.

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Bệnh nhân viêm cột sống dính khớp cần tái khám hàng tháng. Tùy theo tình trạng bệnh nhân (về lâm sàng và xét nghiệm), cần điều chỉnh liều thuốc chống viêm, thuốc giảm đau, điều trị cơ bản, thuốc hỗ trợ điều trị (thuốc chống loãng xương, thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày...)

- Trường hợp nếu một thay đổi đáng kể trong quá trình của bệnh xảy ra, ngoài nguyên nhân do viêm, có thể có các tình trạng bất thường (ví dụ gãy xương cột sống), cần chỉ định các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh thích hợp.

- Chương trình phục hồi chức năng, chế độ tập luyện cần được lượng giá lại định kỳ 3-6 tháng để đánh giá mức độ cải thiện hoặc hạn chế chức năng, đưa ra mục tiêu phù hợp và hướng dẫn bệnh nhân các kỹ thuật chương trình tập tốt nhất.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT CHI DƯỚI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật chi dưới rất hay gặp, Chi dưới là chi chịu lực chính của cơ thể do vậy yêu cầu điều trị và phục hồi chức năng đòi hỏi khá cao.

- Các biện pháp vật lý trị liệu, vận động trị liệu và thuốc được sử dụng để thúc đẩy quá trình liền xương, phục hồi chức năng vận động khớp gối, cổ chân và chịu lực của xương chày. Phòng tránh các biến chứng teo cơ, cứng khớp…

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc của chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh**

- Tình huống xảy ra chấn thương?

**-** Thời gian bị chấn thương đến thời điểm hiện tại?

- Các biện pháp đã can thiệp, xử trí?

- Hỏi bệnh nhân có đau chói tại nơi gãy không?

- Có đau, hạn chế vận động các khớp gối, cổ chân khi vận động không?

**1.2. Khám lâm sàng**

- Cơ năng: Cẳng chân bị gập góc nơi gãy, ngắn hơn bên lành và bàn chân xoay ra ngoài.

- Thực thể: Sờ có điểm đau chói hoặc có tiếng lạo sạo của xương vỡ.

- Toàn thân: Bệnh nhân đau nhiều, có thể sốc chấn thương nếu gãy hở cả hai xương cẳng chân.

**1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:** Chụp X-quang xương cẳng chân tư thế thẳng và nghiêng để xác định và kiểm tra vị trí gãy và độ di lệch của xương.

**2. Chẩn đoán xác định:** Dựa vào phim X-quang chẩn đoán xác định.

**3. Chẩn đoán nguyên nhân**

Gãy do: chấn thương, loãng xương, lao xương, ung thư xương…

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

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

- Tiến hành sớm

- Cố định tốt điểm gãy trong giai đoạn bất động

- Giảm đau, giảm phù nề

- Chống huyết khối tĩnh mạch

- Khôi phục lại tầm vận động khớp gối và cổ chân

- Gia tăng sức mạnh và dẻo dai các nhóm cơ vùng đùi và cẳng chân

- Khôi phục lại dáng đi .

- Lấy lại hoạt động bình thường cho bệnh nhân

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

\* Mục đích:

- Gia tăng tuần hoàn.

- Giảm đau và giảm co thắt các cơ.

- Gia tăng tầm vận động khớp gối và khớp cổ chân.

- Gia tăng sức mạnh các cơ vùng gối, cổ chân và bàn chân.

- Tập dáng đi đúng.

\* Phương pháp:

- Cử động các ngón chân để gia tăng tuần hoàn và nằm nâng cao chân để giảm sưng nề chân.

- Gồng cơ tứ đầu đùi, cơ ụ ngồi

- Tập chủ động có trợ giúp hay tự do các cử động gập duỗi, dạng áp khớp hông.

- Tập đi nạng với dáng đi đúng, không chịu sức nặng hay chịu sức nặng một phần tuỳ thuộc đường gãy ngang hay chéo và theo chỉ định của bác sỹ.

- Khi tháo bột có thể áp dụng bồn xoáy, túi chườm nóng.

- Xoa bóp trong tư thế nâng cao chân để giảm sưng.

- Tập chủ động tự do tại khớp gối.

- Tập có lực kháng bằng tay của kỹ thuật viên hay bằng tạ cho các cơ ở cẳng chân, đùi và bàn chân.

- Tập điều hợp nhặt vật bằng ngón chân.

- Tập đi trên đường thẳng, đi trên đầu ngón chân, đi với dáng đi đúng.

- Hoạt động trị liệu: chơi các trò chơi sử dụng bằng hai chân.

- Sau khi bỏ bột cần băng chun từ ngón chân đến đầu gối cho đến khi chân hết sưng.

**3. Các điều trị khác**

- Các thuốc giảm đau Paracetamol...

- Các thuốc tái tạo kích thích liền xương nhanh: Calcitonin, Biphosphonat, Calcium…

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng…

- Phản ứng của người bệnh trong quá trình tập luyện: thái độ hợp tác, sự tiến bộ…

- Tình trạng chung toàn thân

- Theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gãy thân xương cánh tay được tính từ cổ giải phẫu, trên chỗ bám của cơ ngực to đến vùng trên lồi cầu nơi xương bắt đầu bè rộng.

- Gãy thân xương cánh tay chiếm 1,3% tổng số gãy. Ở người lớn nó chiếm 8-19% gãy thân xương ống dài, ở trẻ em ít gặp.

- Đa số điều trị không mổ, tỷ lệ liền xương cao, ít biến chứng hơn so với mổ kết hợp xương.

- Gãy thân xương cánh tay dù can xương lệch cũng ít ảnh hưởng đến chức năng tay bên gãy vì nhờ có khớp vai và khớp khuỷu bù trừ.

- Thần kinh quay nằm ở rãnh xoắn sát xương nên dễ bị liệt khi gẫy đoạn giữa.

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc của chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh**

- Thời gian bị chấn thương gây gãy thân xương cánh tay

- Nguyên nhân gây gãy thân xương cánh tay do các nguyên nhân trực tiết như ngã đè lên, vật cứng đánh vào cánh tay, tai nạn ô tô hay do các nguyên nhân gián tiếp như ngã chống tay duỗi…

- Bệnh nhân đã được điều trị bảo tồn bằng bột, nẹp hay phẫu thuật kết hợp xương.

- Thời gian bệnh nhân được tháo bỏ bột hay dụng cụ kết hợp xương.

- Vận động và cảm giác của khớp vai, cánh tay, cẳng tay, bàn tay

**1.2. Khám và lượng giá chức năng**

- Khám lực cơ vùng khớp vai, cánh tay, cẳng tay, bàn tay

- Đo tầm vận động khớp vai, khớp khuỷu, cổ tay.

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

Chụp Xquang cánh tay bên tổn thương

**2. Chẩn đoán xác định**

- Bệnh nhân có tiền sử chấn thương

- Bệnh nhân đang được điều trị bảo tồn bất động bằng bột hay nẹp

- Bệnh nhân đang được điều trị phẫu thuật kết hợp xương

- Bệnh nhân bị hạn chế tấm vận động

- Bệnh nhân có thể có teo cơ, yếu cơ vùng cánh cẳng, bàn tay.

- Chụp phim Xquang có hình ảnh tổn thương cũ xương cánh tay

**3. Chẩn đoán nguyên nhân**

- Gãy xương do sang chấn

- Gãy xương do các bệnh lý về xương: loãng xương, giòn xương, u xương, tiểu đường, lạm dụng điều trị các bệnh bằng corticoid...

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

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

**Giai đoạn bất động**

- Cải thiện tuần hoàn

- Chống teo cơ do bất động

**Giai đoạn sau bất động**

- Cải thiện tuần hoàn

- Duy trì tầm hoạt động các khớp tự do

- Duy trì lực cơ ở các khớp tự do (cổ, bàn tay, ngón tay)

- Chống teo cơ

- Ngừa cứng khớp

- Gia tăng tầm vận động khớp giới hạn

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

**Giai đoạn bất động**

- Cử động chủ động ngón tay, cổ tay

- Co cơ tĩnh các cơ vùng đai vai, cơ nhị đầu, cơ tam đầu cánh tay

Chú ý: theo dõi mạch quay và thần kinh quay. Nếu có dấu hiệu tổn thương thần kinh quay cần theo dõi tiến triển của thần kinh. Nếu không thuyên giảm nên nghĩ đến thần kinh bị kẹt giữa hai đầu xương hoặc bị đứt chứ không phải bị chèn ép do phù nề.

**Giai đoạn sau bất động**

- Tư thế trị liệu: Nâng cao tay

- Tập chủ động cử động cổ tay, ngón tay

- Tập co cơ tĩnh các đai vai, cơ nhị đầu, cơ tam đầu cánh tay

- Sau 2 tuần tập tăng tầm độ khớp vai và khớp khuỷu nhẹ nhàng bằng chủ động trợ giúp tay kỹ thuật viên hoặc dàn treo

- Sau 1 tháng: có thể cho đề kháng khớp vai, tùy theo bậc cơ của người bệnh. Có thể áp dụng kỹ thuật giữ nghỉ đối với khớp khuỷu (tùy theo bậc cơ của bệnh nhân)

Chú ý: tránh tập quá mạnh và tránh tập vặn xoay cánh tay

- Hướng dẫn chương trình điều trị tại nhà: bò tường trong tư thế gập và dạng vai, tự trợ giúp bằng tay lành

**3. Các điều trị khác**

- Các thuốc giảm đau nhóm Non- Steroid

- Các thuốc tái tạo kích thích liền xương nhanh: Calcitonin, Biphosphonat,Calcium

- Các thuốc giảm đau thần kinh nếu có đau thần kinh.

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Bệnh nhân cần được theo dõi tình trạng đau, teo cơ, yếu cơ hoặc sự hạn chế tầm vận động của khớp vai, khớp khuỷu, khớp cổ tay.

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

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gãy cổ xương đùi là những loại gãy mà đường gãy ở giữa chỏm và đường liên mấu chuyển.

- Gãy cổ xương đùi hay gặp ở người già do ngã đập mông va chạm vùng mấu chuyển lớn hoặc vùng xương chậu. Tiên lượng xấu vì gây nhiều biến chứng.

- Một số biến chứng, thương tật thứ cấp hay gặp sau gãy cổ xương đùi: choáng chấn thương, loét do đè ép ở vùng cùng cụt, gót chân (do nằm lâu một vị trí), viêm phổi, viêm phế quản ứ đọng, huyết khối chi dưới. Ngoài ra giai đoạn muộn có thể gặp tiêu chỏm xương đùi, cứng khớp háng, co rút teo cơ, bàn chân xoay ngoài.

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh**

- Tình huống xảy ra chấn thương?

- Thời gian bị chấn thương đến thời điểm hiện tại?

- Các biện pháp đã can thiệp, xử trí?

- Hỏi bệnh nhân hiện tại có đau chói tại nơi gãy không?

- Có đau, hạn chế vận động khớp háng, khớp gối khi vận động không?

**1.2. Khám lâm sàng**

- Cơ năng: Đau vùng khớp háng khi hoạt động gắng sức. Giảm cơ năng hoàn toàn, bệnh nhân không nhấc chân lên được khỏi mặt giường.

- Thực thể: Nhìn: chân bên gãy ngắn hơn chân lành, chân xoay ngoài bàn chân hơi dạng. Có thể có bầm tím vùng mấu chuyển. Sờ nắn: mấu chuyển to bị kéo lên trên. Có điểm đau chói phía trong của bó mạch thần kinh đùi chung.

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

Chụp XQuang khớp háng 2 bên tư thế thẳng và chếch 3/4 bên cổ xương đùi bị gãy để xác định vị trí gãy và độ di lệch của xương.

**2. Chẩn đoán xác định**

Dựa vào phim XQuang chẩn đoán xác định.

**3. Chẩn đoán phân biệt**

**4. Chẩn đoán nguyên nhân**

- Gãy xương do sang chấn

- Gãy xương do các bệnh lý về xương: loãng xương, giòn xương, u xương, tiểu đường, lạm dụng điều trị các bệnh bằng corticoid...

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

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

- Giảm đau, giảm phù nề

- Chống huyết khối tĩnh mạch

- Khôi phục lại tầm vận động khớp háng

- Gia tăng sức mạnh các nhóm cơ khớp háng, khung chậu, cơ mông

- Khôi phục lại dáng đi.

- Lấy lại hoạt động bình thường cho bệnh nhân

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

**2.1. Sau phẫu thuật kết hợp xương với đinh Smith Peterson**

- Mục đích: phòng ngừa các biến chứng viêm phổi do ứ đọng, loét do đè ép, huyết khối, giảm đau. Duy trì tầm vận động các khớp tự do, tránh teo cơ, cứng khớp do bất động. Gia tăng sức mạnh cho các nhóm cơ đi nạng. Phục hồi chức năng di chuyển.

- Phương pháp phục hồi chức năng:

+ Tập hô hấp hiệu quả kết hợp các kỹ thuật vỗ rung long đờm.

+ Lăn trở thường xuyên phòng chống loét đè ép. Thay đổi tư thế từ nằm ngửa sang nằm nghiêng phải kê lót gối to kẹp giữa hai chi dưới.

+ Vận động tăng sức mạnh cho cơ tứ đầu đùi qua động tác duỗi khớp gối.

+ Vận động trợ giúp giữa tập duỗi khớp háng, khớp gối bang tay kỹ thuật viên.

+ Tập mạnh nhóm cơ đi nạng bằng tạ tăng tiến dần

+ Hướng dẫn đi nạng cho bệnh nhân không chịu sức nặng trong 6 tháng.

+ Đi nạng chịu sức nặng một phần sau 6 tháng. Sau đó chịu sức nặng tăng dần nếu không có tiêu chỏm(phát hiện bằng chụp X-quang)

- Phương pháp vật lý trị liệu: Nhiệt ẩm trên cơ tứ đầu đùi và cơ tam đầu đùi

**2.2. Sau bó bột**

- Bó bột kiểu **Withmann**:

Dạy bệnh nhân đi lại trong bột, có thể đi lại trong bột ngay sau 24-48 giờ. Tập mạnh cơ tứ đầu đùi và nhóm cơ đi nạng. Gia tăng tầm vận động khớp háng và khớp gối. Hướng dẫn đi nạng cho bệnh nhân.

- Bó bột với que ngang:

Phương pháp này thường chỉ định cho người già hoặc không có chỉ định phẫu thuật, tránh được nhiều phiền phức cho bệnh nhân. Thời gian mang bột 4-6 tuần.

Phương pháp phục hồi chức năng như với trường hợp sau phẫu thuật.

**3. Các điều trị khác**

- Các thuốc giảm đau Paracetamol

- Các thuốc tái tạo kích thích liền xương nhanh: Calcitonin, Glucosamin, Biphosphonat, Calcium…

- Sử dụng các thuốc chống đông máu đề phòng huyết khối tĩnh mạch chi dưới đối với bệnh nhân đa chấn thương hoặc có nguy cơ: Enoxaparin…

- Điều trị nội khoa khi có các biến chứng: viêm phổi, loét đè ép….

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng…

- Theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Đây là loại gãy phổ biến nhất ở trẻ em sau ngã chống tay, đặc biệt là trẻ em trai và tay trái bị nhiều hơn.

- Những biến chứng thường gặp sau gãy trên lồi cầu xương cánh tay là: hạn chế vận động khớp khuỷu, co rút cơ nhị đầu, teo cơ tam đầu do cốt hóa quanh khớp hoặc do cốt hóa trong cơ. Đôi khi có biến chứng thần kinh mạch máu gây rối loạn nuôi dưỡng chi (ví dụ: co rút các cơ gấp do thiếu máu vì tổn thương mạch quay)

- Phục hồi chức năng gãy trên lồi cầu xương cánh tay là áp dụng các phương pháp vật lý trị liệu, vận động trị liệu, thuốc để thúc đẩy quá trình liền xương, các chức năng vận động khớp khuỷu và phòng tránh các biến chứng (teo cơ, cứng khớp…). Nhìn chung tiên lượng cơ năng và phục hồi chức năng thường tốt.

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh**

+ Tình huống xảy ra chấn thương?

+ Thời gian bị chấn thương đến thời điểm hiện tại?

+ Các biện pháp đã can thiệp, xử trí?

+ Hỏi bệnh nhân hiện tại có đau chói tại nơi gãy không?

+ Có đau, hạn chế vận động khớp khuỷu khi vận động không?

**1.2. Khám lâm sàng**

+ Cơ năng: đau và mất vận động hoàn toàn khuỷu tay ở tư thế gấp.

Khám, đánh giá cơ lực, tầm vận động khớp khuỷu và các tổn thương thần kinh (thần kinh giữa, thần kinh trụ), mạch máu nếu có.

+ Thực thể: vùng trên khuỷu sưng nề, có vết tụ máu nhiều hay ít tuỳ thuộc thời gian từ lúc gãy đến khi khám bệnh.

+ Toàn thân: Bệnh nhân tỉnh táo, không ảnh hưởng nhiều đến toàn thân.

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

Chụp X-quang khớp khuỷu tư thế thẳng và nghiêng để xác định và kiểm tra vị trí gãy và độ di lệch của xương.

**2. Chẩn đoán xác định:** Dựa vào X- quang chẩn đoán xác định

**3. Chẩn đoán phân biệt**

Tràn dịch khớp khuỷu sau chấn thương

**4. Chẩn đoán nguyên nhân**

Chấn thương, loãng xương, lao xương, ung thư xương…

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

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

- Tạo điều kiện tốt nhất cho tiến trình liền xương

- Giảm sưng nề, giảm đau, chống rối loạn tuần hoàn, chống kết dính khớp, ngừa hội chứng đau vùng (hội chứng rối loạn dinh dưỡng giao cảm phản xạ-hội chứng Sudeck).

- Duy trì tầm vận động khớp, ngừa teo cơ.

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

**2.1. Giai đoạn bất động (trong bột)**

- Mục đích: cải thiện tuần hoàn, chống teo cơ, co rút cơ, chống kết dính khớp

- Biện pháp phục hồi chức năng:

+ Vận động tự do, gập duỗi các ngón tay.

+ Co cơ tĩnh các cơ cẳng tay.

+ Co cơ tĩnh các cơ nhị đầu và tam đầu. Tuần 1 chỉ nên co cơ tĩnh nhẹ nhàng, tuần 2 thực hiện mạnh hơn, tuần 3 co cơ tĩnh tối đa.

**2.2. Giai đoạn tháo bột**

- Mục đích: Gia tăng bậc cơ teo yếu, kéo giãn các cơ co rút, gia tăng tầm vận động khớp khuỷu, điều trị hội chứng Wolkmann nếu có.

- Biện pháp phục hồi chức năng:

+ Xoa bóp sâu trên cơ co thắt quanh khớp, phá vỡ kết dính và thư giãn thần kinh.

+ Gia tăng lực cơ bằng kỹ thuật đối kháng bằng tay kỹ thuật viên hoặc bằng dụng cụ với đối trọng vừa phải, rồi tăng dần sức cản.

+ Vận động bằng kỹ thuật giữ nghỉ.

+ Hoạt động trị liệu: làm các cử động có liên quan đến cử động gập duỗi khớp khuỷu như dệt thảm, bện thừng, làm cỏ vườn, chơi thể thao ném bắt bóng.

- Biện pháp vật lý trị liệu:

+ Chườm lạnh bằng nước đá trên cơ co thắt 10 phút.

+ Điện phân giảm đau bằng một số thuốc (Novocain, salicilat…)

+ Dùng siêu âm trên cơ bị co thắt.

- Điều trị hội chứng Wolkmann:

+ Làm nẹp để bàn, ngón tay ở vị trí trung gian

+ Ngâm cẳng tay, bàn tay trong nước ấm 40 độ khoảng 20phút, ngày 2-3 lần.

+ Cải thiện tuần hoàn bằng điện xung DF-CP

+ Tập thư giãn các cơ, tập mạnh các cơ duỗi cẳng tay bằng kỹ thuật giữ nghỉ

**3. Các điều trị khác**

- Các thuốc giảm đau nhóm Non- Steroid

- Các thuốc tái tạo kích thích liền xương nhanh: Calcitonin, Biphosphonat,Calcium

- Các thuốc giảm đau thần kinh nếu có đau thần kinh.

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng…

- Tình trạng chung toàn thân.

- Theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY HAI XƯƠNG CẲNG TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Xương cẳng tay có chức năng quan trọng là sấp ngửa cẳng tay. Chức năng này rất cần thiết cho nhiều động tác sinh hoạt, lao động chính xác hằng ngày.

- Những biến chứng có thể gặp sau gãy hai xương căng tay là: Hội chứng Wolkmann, khớp giả, cứng khớp do bất động, Hội chứng Sudeck do rối loạn tuần hoàn cục bộ vùng gãy, hạn chế cử động quay sấp- ngửa cẳng tay do can lệch làm dính xương trụ vào xương quay.

- Phục hồi chức năng cẳng tay bi gãy bằng các biện pháp vận động trị liệu, vật lý trị liệu và thuốc để làm nhanh quá trình liền xương, cải thiện tầm vận động khớp khuỷu, khớp cổ tay. Phòng tránh các biến chứng teo cơ, cứng khớp khuỷu, khớp cổ tay,…

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh**

+ Tình huống xảy ra chấn thương?

+ Thời gian bị chấn thương đến thời điểm hiện tại?

+ Các biện pháp đã can thiệp, xử trí?

+ Hỏi bệnh nhân hiện tại có đau chói tại nơi gãy không?

+ Có đau, hạn chế vận động khớp khuỷu, khớp cổ tay khi vận động không?

**1.2. Khám lâm sàng**

+ Cơ năng: Đau tăng lên khi làm động tác sấp ngửa

+ Thực thể: Cẳng tay sưng, chỗ gãy gồ lên gấp góc. Sờ nắn vào chỗ gãy đau chói hoặc có tiếng lạo sạo xương. Có thể có tổn thương thần kinh và mạch máu.

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

Chụp X-quang cẳng tay tư thế thẳng và nghiêng để xác định và kiểm tra vị trí gãy và độ di lệch của xương.

**2. Chẩn đoán xác định**

Dựa vào X-quang chẩn đoán xác định.

**3. Chẩn đoán nguyên nhân**

- Gãy xương do sang chấn

- Gãy xương do các bệnh lý về xương: loãng xương, giòn xương, u xương, tiểu đường, lạm dụng điều trị các bệnh bằng corticoid...

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

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

- Tạo điều kiện tốt nhất cho tiến trình liền xương

- Giảm sưng nề, giảm đau, chống rối loạn tuần hoàn, chống kết dính khớp, ngừa hội chứng đau vùng (hội chứng rối loạn dinh dưỡng giao cảm phản xạ-hội chứng Sudeck).

- Duy trì tầm vận động khớp, ngừa teo cơ.

- Phục hồi chức năng các hoạt động tinh tế bàn tay sau bất động

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

**2.1. Giai đoạn bất động**

- Mục đích: Giảm sưng, cải thiện tuần hoàn, chống teo cơ, duy trì tầm vận động và lực cơ khớp vai và các ngón tay.

- Phương pháp phục hồi chức năng:

+ Đặt tư thế đúng: nâng cao tay

+ Cử động tập các ngón tay

+ Co cơ tĩnh các cơ cánh tay và cẳng tay trong bột.

+ Chủ động tập có trợ giúp các cử động của khớp vai.

**2.2. Giai đoạn sau bất động**

- Mục đích: Giảm đau, giảm co thắt cơ, gia tăng tầm hoạt động khớp bị giới hạn, gia tăng sức mạnh cơ, phục hồi chức năng sinh hoạt.

- Phương pháp vật lý trị liệu:

+ Nhiệt: chườm ấm vùng cơ co thắt bằng hồng ngoại, Paraphin…

+ Điện: điện phân dẫn thuốc (novocain, salicilat..)

- Phương pháp phục hồi chức năng:

+ Xoa bóp vùng bàn tay, cẳng tay

+ Áp dụng kỹ thuật giữ- nghỉ hoặc kéo dãn thụ động đối với các khớp bị giới hạn (cử động sấp ngửa cẳng tay phải tập nhẹ nhàng)

+ Tập chủ động có trợ giúp, đề kháng tuỳ theo lực cơ của người bệnh

+ Chương trình tập tại nhà: tập cài nút áo từ thấp đến cao, quạt tay, vặn nắm cửa, chải đầu…

+ Hoạt động trị liệu: ném bóng, bắt bóng…

**2.3. Gãy hai xương cẳng tay có phẫu thuật**

- Mục đích: Giảm đau, giảm sưng, cải thiện tuần hoàn, chóng kết dính các cơ vùng cẳng tay, gia tăng tầm hoạt động khớp khuỷu, khớp cổ tay, duy trì tầm hoạt động khớp vái, ngón tay, PHCN sinh hoạt.

- Phương pháp phục hồi chức năng:

+ Tuần 1: Tư thế trị liệu: nâng cao chi khi nằm, băng treo tay ở tư thế chức năng khi đi đứng. Chủ động tập nhanh cử động gập duỗi các ngón tay. Co cơ tĩnh nhẹ nhàng các cơ vùng cẳng tay, cánh tay. Chủ động tập trợ giúp các cử động của khớp vai.

+ Tuần 2: Chủ động tập nhanh cử động các ngón tay như tuần 1. Chủ động tập trợ giúp cử động gập duỗi khuỷu và gập duỗi cổ tay nhẹ nhàng. Tiếp tục tập khớp vai như tuần 1. Với trường hợp phẫu thuật vững chắc có thể thực hiện chủ động tập cử động sấp ngửa nhẹ nhàng, thận trọng.

+ Tuần 3 và 4: Tập như tuần 2. Tập mạnh cơ tuỳ theo lực cơ người bệnh. Chú ý đối với cử động quay sấp ngửa cẳng tay, khi thực hiện chủ động tập đề kháng cần kiểm tra bằng X-quang để xem xương có liền tốt chưa và lực đề kháng không được đặt lên ổ gãy. Chương trình tại nhà: như trong giai đoạn sau bất động. Hoạt động trị liệu: như trong giai đoạn sau bất động.

**3. Các điều trị khác**

- Các thuốc giảm đau nhóm non- steroids

- Các thuốc tái tạo kích thích liền xương nhanh: Calcitonin, Biphosphonat, Calcium…

- Các thuốc giảm đau thần kinh nếu có đau thần kinh.

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng…

- Phản ứng của người bệnh trong quá trình tập luyện: thái độ hợp tác, sự tiến bộ…

- Tình trạng chung toàn thân.

- Theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy đầu dưới xương quay thường xảy ra do ngã chống tay với bàn tay duỗi quá mức, đây là nguyên nhân hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 75 % - 85 %. Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, bị đánh, ngã cao... là những nguyên nhân thường gặp còn lại của gãy đầu dưới xương quay (15 -25%). Theo một thống kê, lứa tuổi từ 50 trở lên bị gãy đầu dưới xương quay chiếm tỷ lệ 34% trên tổng số gãy của các lứa tuổi.

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc của chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh**

- Tuổi, nghề nghiệp, ngày chấn thương, loại chấn thương (tai nạn lao động hay giao thông, té ngã…).

- Xử trí của bác sỹ (bó bột hay phẫu thuật cố định trong, ngoài).

- Thời gian tháo bột: tháo bột ra bao lâu sau mới tới khoa PHCN. Thông thường những người già phục hồi chậm hơn, bệnh nhân có thể bị hội chứng teo cơ giao cảm phản xạ trong khi bó bột (hội chứng Sudeck).

- Đau xuất hiện vùng khớp cổ tay, đau tăng lên nhiều khi vận động. Bệnh nhân có thể giảm hay mất khả năng vận động vùng cổ tay

**1.2. Khám lâm sàng**

- Sưng nề: đo chu vi vùng cổ tay cả hai bên để so sánh.

- Kiểm tra tư thế cổ tay. Lưu ý xem có lồi củ xương trụ tách xa so với lồi củ xương quay không, xem có cổ tay nghiêng trụ bất thường không, xem có lồi củ xương trụ cao hơn so với bên lành không.

- Đo tầm vận động chủ động cả hai cổ tay và tầm vận động thụ động bên tổn thương. Ghi chú nếu có giới hạn tầm vận động do đau hay do cố định xương.

- Sờ vào vùng đau: sờ nắn gần với hộp thuốc lào giải phẫu (vùng bao bọc bởi gân cơ duỗi dài ngón cái ở phía trụ, gân cơ dạng dài ngón cái và cơ duỗi ngắn ngón cái ở phía quay) bệnh nhân đau vùng mỏm trâm quay nơi vùng gãy. Kiểm tra thêm mỏm trâm trụ, khớp quay trụ xa, xương Thuyền, nếu đau trong vùng hộp thuốc lào giải phẫu khi nghiêng trụ cổ tay có thể liên quan đến xương Thuyền, đau khi cử động quay trụ hay duỗi nghiêng quay cổ tay, điều này thường xuất hiện khi lồi củ trụ tách xa khỏi lồi củ quay và nếu vậy thường có gãy đầu dưới xương trụ.

- Các ngón tay cứng: đo chu vi các ngón tay ở các khớp và so sánh với bên lành. So sánh tầm vận động tất cả các ngón tay.

- Khám cảm giác nóng lạnh, cảm giác khô, ướt của các ngón và so sánh với bên lành.

- Biến dạng khi xương gãy có di lệch: gặp nhiều nhất là kiểu gãy Pouteau - Colles với đầu dưới xương quay di lệch ra sau và ra ngoài, khi nhìn thẳng trục của cổ tay, bàn tay có hình lưỡi lê và nhìn nghiêng có hình dĩa. Kiểu gãy ít gặp hơn là kiểu gãy Goyrand với đầu xương gãy di lệch ra trước với biến dạng ngược lại kiểu trên.

**1.3. Chỉ định xét nghiêm cận lâm sàng:**

Khi chẩn đoán cần chụp phim Xquang để xác định tổn thương giúp cho điều trị. Trên phim Xquang có thể phát hiện các kiểu gãy và tổn thương như: kiểu gãy đầu dưới xương quay gãy ngoài khớp, di lệch lên trên, ra sau, ra ngoài; các tổn thương phối hợp: gãy đầu dưới xương trụ, mẻ mỏm trâm trụ, gãy xương thuyền, trật khớp quay - trụ dưới... phát hiện gãy kiểu bong sụn phát triển đầu dưới xương quay ở trẻ em.

**2. Chẩn đoán xác định**

Tiền sử chấn thương, đau sưng nề vùng cổ bàn tay, biến dạng lệch trục khớp cổ tay, mất hay giảm khả năng vận động cổ tay.

**3. Chẩn đoán phân biệt**

- Gãy đầu dưới xương trụ

- Trật khớp quay trụ dưới

- Trật khớp cổ tay với đầu dưới xương quay

**4. Chẩn đoán nguyên nhân**

- Gãy xương do sang chấn

- Gãy xương do các bệnh lý về xương: loãng xương, giòn xương, u xương, tiểu đường, lạm dụng điều trị các bệnh bằng corticoid...

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

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

- Tạo điều kiện tốt nhất cho tiến trình liền xương

- Giảm sưng nề, giảm đau, chống rối loạn tuần hoàn, chống kết dính khớp, ngừa hội chứng đau vùng (hội chứng rối loạn dinh dưỡng giao cảm phản xạ-hội chứng Sudeck).

- Duy trì tầm vận động khớp, ngừa teo cơ.

- Phục hồi chức năng các hoạt động tinh tế bàn tay sau bất động

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

**2.1. Lập mục tiêu điều trị**

- Mục tiêu ngắn hạn một tháng sau khi bị chấn thương.

+ Độc lập trong tắm rửa, đánh răng, rửa mặt, vệ sinh cá nhân, ăn uống.

+ Đạt tới tầm hoạt động chức năng khi nắm chặt tay thành nắm đấm.

- Mục tiêu dài hạn:

+ Có thể mở hộp, đi xe đạp được, đi xe máy được hay lái xe ô tô được sau 4 tháng.

+ Có thể đẩy tay với cổ tay duỗi để trợ giúp khi đang ngồi đứng dậy sau 5 tháng.

+ Có thể quay lại làm việc sau 4-5 tháng.

+ Có thể chơi thể thao được sau 4-8 tháng.

**2.2. Trong trường hợp bó bột**

- Trong giai đoạn bất động:

+ Treo tay cao trong 1-2 tuần để chống phù nề bàn tay

+ Vận động tập chủ động tự do các khớp khuỷu, vai, các khớp liên đốt, bàn đốt bên tổn thương để duy trì tầm vận động các khớp này.

+ Co cơ tĩnh phần bất động trong bột sau khi bột khô để ngừa teo cơ, dính khớp, thúc đẩy tiến trình liền xương.

- Giai đoạn sau bất động:

+ Nhiệt, thủy trị liệu, điện trị liệu vùng cổ bàn tay để gia tăng tuần hoàn, giảm sưng nề.

+ Vận động trị liệu: bài tập chủ động có trợ giúp tiến đến chủ động có đề kháng các động tác gập duỗi cổ tay, nghiêng trụ, nghiêng quay, quay sấp quay ngửa cổ tay, tập mạnh các cơ cầm nắm để gia tăng tầm vận động khớp cổ tay. Vận động tự do có đề kháng các khớp khuỷu, vai, liên đốt bàn đốt. Nếu tầm vận động gần đạt tới mức chức năng (gập 400, duỗi 400, kết hợp với nghiêng trụ nghiêng quay 400) thì có thể bắt đầu tập tạ nhẹ nhàng từ ½ kg tới 1 kg.Tăng tiến bài tập với tạ trong suốt tầm vận động sau 10-12 tuần sau chấn thương nếu bn chịu được.Tăng tiến chương trình bằng các bài tập liên quan đến nghề nghiệp của bn sau 16 tuần nếu được.

+ Hoạt động trị liệu: tăng cường các bài tập chức năng cổ bàn tay như cầm thả vật, vắt khăn, mở nắm chai lọ, mặc và cởi quần áo, lăn bóng, lật trang sách, lật quân bài, vắt chặt miếng xốp, phủi bụi …

**2.3. Trong trường hợp phẫu thuật**

- Giai đoạn sau phẫu thuật 1-3 tuần

+ Nâng cao tay

+ Vận động thụ động nhẹ nhàng cổ tay và bàn tay.

+ Vận động chủ động trợ giúp các khớp liên đốt bàn đốt, khớp khủy và vai

+ Đặt cổ tay trong nẹp duỗi cổ tay 300

- Giai đoạn sau phẫu thuật 4-7 tuần

+ Tập chủ động có đề kháng nhẹ các hoạt động của cổ tay như gập, duỗi, nghiêng trụ, nghiêng quay, quay sấp, quay ngửa.

+ Tập các bài tập tăng cường sức mạnh nhóm cơ cầm nắm bàn tay.

+ Hoạt động trị liệu các cử động điều hợp, khéo léo bàn ngón tay trong sinh hoạt hàng ngày như cầm nắm, nhặt vật nhỏ…

**3. Các điều trị khác**

- Có thể sử dụng thêm một số thuốc hỗ trợ như can xi, thuốc giảm đau.

- Bó bột cố định trong hầu hết các trường hợp cho kết quả liền xương vững sau 4 tuần. Kết hợp xương bằng phẫu thuật trong những trường hợp gãy phức hợp.

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Tái khám sau mỗi 2-3 tuần bao gồm khám tầm vận động khớp, chu vi cổ tay, đau, sức cơ. Bệnh nhân có thể xuất viện khi đạt được 60% sức cơ và 60% tầm vận động khớp so với bên lành.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gãy 2 xương cẳng chân rất hay gặp, chiếm 18% các trường hợp gãy xương chân. Gãy xương chày là xương chịu lực chính của cơ thể do vậy yêu cầu điều trị và phục hồi chức năng đòi hỏi khá cao.

- Các biện pháp vật lý trị liệu, vận động trị liệu và thuốc được sử dụng để thúc đẩy quá trình liền xương, phục hồi chức năng vận động khớp gối, cổ chân và chịu lực của xương chày. Phòng tránh các biến chứng teo cơ, cứng khớp…

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc của chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh**

- Tình huống xảy ra chấn thương?

**-** Thời gian bị chấn thương đến thời điểm hiện tại?

- Các biện pháp đã can thiệp, xử trí?

- Hỏi bệnh nhân có đau chói tại nơi gãy không?

- Có đau, hạn chế vận động các khớp gối, cổ chân khi vận động không?

**1.2. Khám lâm sàng**

- Cơ năng: Cẳng chân bị gập góc nơi gãy, ngắn hơn bên lành và bàn chân xoay ra ngoài.

- Thực thể: Sờ có điểm đau chói hoặc có tiếng lạo sạo của xương vỡ.

- Toàn thân: Bệnh nhân đau nhiều, có thể sốc chấn thương nếu gãy hở cả hai xương cẳng chân.

**1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:** Chụp X-quang xương cẳng chân tư thế thẳng và nghiêng để xác định và kiểm tra vị trí gãy và độ di lệch của xương.

**2. Chẩn đoán xác định:** Dựa vào phim X-quang chẩn đoán xác định.

**3. Chẩn đoán nguyên nhân**

Gãy do: chấn thương, loãng xương, lao xương, ung thư xương…

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

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

- Tiến hành sớm

- Cố định tốt điểm gãy trong giai đoạn bất động

- Giảm đau, giảm phù nề

- Chống huyết khối tĩnh mạch

- Khôi phục lại tầm vận động khớp gối và cổ chân

- Gia tăng sức mạnh và dẻo dai các nhóm cơ vùng đùi và cẳng chân

- Khôi phục lại dáng đi .

- Lấy lại hoạt động bình thường cho bệnh nhân

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

\* Mục đích:

- Gia tăng tuần hoàn.

- Giảm đau và giảm co thắt các cơ.

- Gia tăng tầm vận động khớp gối và khớp cổ chân.

- Gia tăng sức mạnh các cơ vùng gối, cổ chân và bàn chân.

- Tập dáng đi đúng.

\* Phương pháp:

- Cử động các ngón chân để gia tăng tuần hoàn và nằm nâng cao chân để giảm sưng nề chân.

- Gồng cơ tứ đầu đùi, cơ ụ ngồi

- Tập chủ động có trợ giúp hay tự do các cử động gập duỗi, dạng áp khớp hông.

- Tập đi nạng với dáng đi đúng, không chịu sức nặng hay chịu sức nặng một phần tuỳ thuộc đường gãy ngang hay chéo và theo chỉ định của bác sỹ.

- Khi tháo bột có thể áp dụng bồn xoáy, túi chườm nóng.

- Xoa bóp trong tư thế nâng cao chân để giảm sưng.

- Tập chủ động tự do tại khớp gối.

- Tập có lực kháng bằng tay của kỹ thuật viên hay bằng tạ cho các cơ ở cẳng chân, đùi và bàn chân.

- Tập điều hợp nhặt vật bằng ngón chân.

- Tập đi trên đường thẳng, đi trên đầu ngón chân, đi với dáng đi đúng.

- Hoạt động trị liệu: chơi các trò chơi sử dụng bằng hai chân.

- Sau khi bỏ bột cần băng chun từ ngón chân đến đầu gối cho đến khi chân hết sưng.

**3. Các điều trị khác**

- Các thuốc giảm đau Paracetamol...

- Các thuốc tái tạo kích thích liền xương nhanh: Calcitonin, Biphosphonat, Calcium…

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng…

- Phản ứng của người bệnh trong quá trình tập luyện: thái độ hợp tác, sự tiến bộ…

- Tình trạng chung toàn thân

- Theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRONG TỔN THƯƠNG THẦN KINH CHÀY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dây thần kinh (TK) chầy còn gọi là dây TK hông khoeo trong là một trong hai nhánh tận của dây thần kinh hông to, chi phối vận động cơ tam đầu cẳng chân; cơ gấp dài ngón cái; cơ chầy sau; cơ khoeo và cơ gan chân gầy, với chức năng sinh lý: Gấp bàn chân về phía lòng; đứng bằng mũi chân (kiễng gót); xoay bàn chân vào trong và gấp ngón chân.

**II. CHUẨN BỊ:**

1. **Lượng giá PHCN**

- Đau

- Sưng, phù

- Trục khớp gối và chiều dài chi

- Tầm vận động các khớp

- Sức cơ chi dưới

- Thăng bằng

- Dáng đi

- Chức năng sinh hoạt hằng ngày

- XQ

1. **PHCN trong bảo tồn:**

**-** Duy trì lực cơ --> hướng dẫn gồng cơ tứ đầu đùi, tam đầu đùi, nhóm cơ vùng cẳng chân.

- Gia tăng tuần hoàn, ngăn ngừa sưng phù --> kê cao chân, cử động nhanh các khớp cổ bàn chân.

- Duy trì tầm vận động các khớp khác --> vận động chủ động các khớp háng, cổ chân

- Gia tăng sức cơ 2 tay, nhóm cơ đi nạng --> Tập đề kháng nhóm cơ đi nạng 2 tay

- Gia tăng sức cơ chân lành, nhóm cơ duỗi --> Tập đề kháng nhóm cơ duỗi chân lành

- Thay đổi tư thế: hướng dẫn dịch chuyển trên giường, ngồi dậy sớm

- PHCN di chuyển: Tập chuyển thế, thăng bằng, di chuyển khi đứng với nạng hoặc khung đi.

- Giảm sưng, giảm đau, giảm co thắt cơ: nhiệt trị liệu (nóng hoặc lạnh), massage, kê cao chân, kéo giãn cơ.

- Lấy lại tầm hoạt động khớp gối: Tách rời mặt khớp, trượt khớp. Chủ động trợ giúp các khớp với các dụng cụ nhằm gia tăng tầm vận động.

- Gia tăng sức cơ vùng đùi, vùng cẳng chân: Tập đề kháng các cơ: Tứ đầu đùi, tam đầu đùi, cơ tam đầu cẳng chân.

- PHCN di chuyển cho chân tổn thương: Tập chịu sức tăng dần trên chân tổn thương và điều chỉnh dáng đi.

1. **MỤC TIÊU PHCN:**

**Mục tiêu ngắn hạn:**

- Giảm đau, giảm nề tại chỗ, tăng cường dinh dưỡng, kích thích mau liền xương

- Duy trì trương lực cơ, phục hồi cơ đùi và cẳng chân bên tổn thương.

- Cải thiện sự di động xương bánh chè

- Tăng tầm vận động khớp gối

- Di chuyển

**Mục tiêu dài hạn:**

- Tiếp tục kiểm soát và giảm đau

- Giảm sưng phù nếu còn

- Đạt được tầm vận động tối đa khớp gối và khớp cổ chân

- Sức cơ chi dưới 5/5

- Dáng đi đúng

- Trở lại công việc và sinh hoạt bình thường.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tuần đầu tiên - Giai đoạn chưa chịu sức nặng**

- Mục tiêu1: Giảm đau, giảm sưng nề

Phương pháp:

* Đặt chân (cổ chân và gối) cao hơn mức tim (20 - 30cm trên mặt giường). Vận động khớp cổ chân 5 - 10 phút /lần, cách 1- 2h 1 lần.
* Chườm lạnh lên vùng khớp gối cách lớp băng gạc hoặc lớp khăn lót, 10 - 15 phút/ lần, 3-5 lần/ ngày.

- Mục tiêu 2: Duy trì sức cơ, trương lực cơ cơ đùi và cẳng chân bên tổn thương.

Phương pháp:

* Tập gấp duỗi khớp cổ chân chủ động hết tầm 10 - 20 lần cho mỗi lần tập, 3 lần/ ngày.
* Tập gồng cơ tứ đầu đùi tăng liến lên tập gập duỗi gối chủ động trợ giúp 10 - 20 lần, 3 lần/ngày

- Mục tiêu 3: Duy trì tầm vận động các khớp lân cận.

Phương pháp:

* Tập nhóm cơ dang, áp khớp hông, xoay trong, xoay ngoài khớp hông.
* Kéo giãn gân gót
* Tập cơ thắt lưng chậu và tầm độ gập khớp hông

- Mục tiêu 4: dịch chuyển sớm, di chuyển sớm.

Phương pháp:

* Tập mạnh nhóm cơ đi nạng
* Ngồi dậy sớm
* Đứng, đi với nạng không chịu sức chân tổn thương.

**Tiêu chuẩn chuyển giai đoạn**

* Lành vết thương
* Kiểm soát tốt đau, phù nề
* Sức cơ chi dưới bậc 3/5
* Di chuyển tốt với nạng
* Bệnh nhân thực hiện được các bài tập tại giường

**2. Tuần 2 - 8, giai đoạn chưa chịu sức nặng**

- Mục tiêu 1: giảm sưng, tăng cường tuần hoàn, dinh dưỡng để kích thích liền sẹo và can xương.

Phương pháp:

* Tiếp tục kê cao chi và chườm lạnh
* Di động xương bánh chè
* Di động làm mềm sẹo
* Nằm ngửa, đạp nhẹ bàn chân bên tổn thương vào tường theo khả năng

- Mục tiêu 2: tăng cường sức cơ đùi và cẳng chân bên tổn thương

Phương pháp:

* Tập mạnh cơ rộng trong
* Tập mạnh cơ tam đầu đùi
* Tập mạnh cơ tam đầu cẳng chân

- Mục tiêu 3: tăng dần tầm vận động khớp gối đạt 0 - 120 độ

Phương pháp:

* Tập gấp duỗi khớp gối chủ động trợ giúp, mỗi lần gấp tăng 5 - 100 chủ động và thụ động 20 phút/lần, 2 lần/ ngày.

- Mục tiêu 4: di chuyển

Phương pháp: tập đi bằng nạng hoặc khung tập đi không chịu lực

**Tiêu chuẩn chuyển giai đoạn:**

- Kiểm soát tốt đau, phù nề.

- Tầm vận động gập gối 120 độ (tuần thứ 8)

- Duỗi gối hết tầm

- Sức cơ chi dưới bậc 4

- Chống chân theo ý kiến kỹ thuật viên

**3. Tuần 9 - 12, giai đoạn chịu sức nặng**

- Mục tiêu 1: Tầm vận động khớp tối đa

* Phương pháp: Tập gấp duỗi khớp gối chủ động và thụ động tăng dần để đạt tầm vận động gập nhiều nhất.

- Mục tiêu 2: Gia tăng sức mạnh cơ tối đa chi dưới

* Phương pháp: bài tập đề kháng các cơ

- Mục tiêu 3: gia tăng sức bền cơ và tim mạch

* Phương pháp: đạp xe tại chỗ

- Mục tiêu 4: chịu sức nặng tăng dần lên 25% trọng lượng cơ thể.

Phương pháp:

* Tập đi bằng nạng hoặc khung tập đi chịu sức tăng dần khoảng 25% trọng lượng cơ thể
* Bài tập chuỗi đóng

**Tháng 4 - 6**

- Mục tiêu:

* Tầm vận động khớp gối mong đợi 0 - 1400
* Tăng dần sức nặng lên chân tổn thương dần dần đạt tới 100% trọng lượng cơ thể

Phương pháp:

* Tập gấp duỗi khớp gối chủ động và thụ động, tăng dần biên độ để đạt tới tầm vận động bình thường 0 - 140 độ
* Tập chuỗi đóng chịu sức tăng dần
* Tập đi bằng nạng hoặc khung tập đi tăng dần sức nặng để đạt tới 100% trọng lượng cơ thể vào cuối tháng thứ 6

**4. Tháng thứ 7 trở đi**

**-** Mục tiêu:

* Dáng đi bình thường
* Tái hòa nhập và trở lại công việc

- Phương pháp:

* Sửa và tập dáng đi bình thường, cân đối không nạng
* Tập lên xuống cầu thang và đi trên các địa hình phức tạp
* Tập đi bộ nhanh hoặc chạy bộ nhẹ nhàng

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỔN THƯƠNG TỦY SỐNG (CỔ - THẮT LƯNG)

**A. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỔN THƯƠNG TỦY SỐNG CỔ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc của chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh**: chú ý khai thác

- Ngày bị tổn thương, ngày vào khoa cấp cứu, tổng số ngày đã nằm viện.

- Cách khởi đầu: đột ngột hay từ từ

- Tiền sử chấn thương cột sống

- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày đầu: đau lưng, sốt, tê rát, giảm cảm giác, chuột rút cơ…

- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày sau: rối loạn đại tiểu tiện, teo cơ, loét, liệt dương (đàn ông)…

- Tiền sử bệnh: mụn nhọt làm mủ trên da, lao phổi, hạch, ung thư….

**1.2. Khám lâm sàng**

- Khám toàn thân:

+ Chú ý biến dạng gù vẹo cột sống, các điểm đau khu trú đốt sống

+ Tình trạng vết mổ cố định cột sống (nếu có)

- Khám thần kinh

+ Vận động

+ Cảm giác: cảm giác nông (đặc biệt là cảm giác sờ nông và cảm giác châm chích) và cảm giác sâu

+ Cơ tròn: Tình trạng rối loạn đại tiểu tiện..

+ Dinh dưỡng: loét do đè ép, teo cơ...

+ Thần kinh thực vật: đau đầu, tăng huyết áp, ra mồ hôi...

- Phân loại tổn thương tủy sống dựa theo phân loại tổn thương tủy sống của Hiệp hội tổn thương tủy sống Hoa kỳ (ASIA)

- Lượng giá:

+ Tình trạng đau: dựa trên thang điểm đau (Analogical visual pain scale)

+ Tình trạng co cứng: dựa trên thang điểm Ashworth (Ashworth scale).

+ Tình trạng thăng bằng: 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 tủy

+ Sinh hóa

+ Tế bào

+ Soi, cấy, PCR

- Chụp Xquang cột sống thường quy

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

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

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

- Các biến dạng của tư thế cột sống: vẹo cột sống, gù, thoát vị đĩa đệm cột sống, lao cột sống...

- Bệnh mạch máu hay huyết khối mạch tủy

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

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

- Điều trị theo nguyên nhân

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

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

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

- Điều trị tình trạng cấp tính đe dọa tính mạng bệnh nhân như choáng tủy, mất máu...

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

- Phòng ngừa và chăm sóc loét da do đè ép

- Nuôi dưỡng và chăm sóc đường tiêu hóa

- Chăm sóc đường tiết niệu

- Chăm sóc đường hô hấp:

+ Dẫn lưu tư thế và kết hợp vỗ rung để giải thoát đờm rãi.

+ Hướng dẫn tập thở.

+ Tập ho có hiệu quả

- Đề phòng nghẽn mạch, huyết khối do nằm lâu bằng tăng cường vận động và thuốc chống đông.

- Đặt tư thế đúng và tập thụ động để ngăn ngừa các thương tật thứ cấp: co rút, teo cơ, cứng khớp, biến dạng…

**Giai đoạn Phục hồi chức năng:**

- Phòng ngừa loét do đè ép

+ Vệ sinh da, giữ da luôn khô sạch

+ Kiểm tra để phát hiện vùng da có nguy cơ loét.

+ Lăn trở

+ Xoa bóp

- Chăm sóc vết loét: Thay băng, cắt lọc, rửa vết loét, tử ngoại trị liệu…

- Phục hồi chức năng đường tiết niệu:

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

+ Đo lượng nước tiểu tồn dư

+ Uống đủ nước (>2 lít/ngày)

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

+ Đặt thông tiểu lưu hoặc thông tiểu trên xương mu

+ Các bài tập kiểm soát tiểu tiện

- Phục hồi chức năng đường ruột:

+ Chế độ ăn đủ nước, nhiều chất xơ

+ Chương trình tập ruột

+ Các kỹ thuật kích thích hậu môn

+ Xoa bóp theo khung đại tràng

+ Thụt tháo khi có táo bón

+ Các bài tập kiểm soát đại tiện

- Vận động trị liệu: Dựa vào mức tổn thương

**Mức tổn thương C4:**

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

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

+ Duy trì 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 thêm vào các kĩ năng liên quan tới chi trên:

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

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

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

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

+ Duy trì 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 sạng xe lăn.

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

**Mức tổn thương C7- T1:**

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

+ Di chuyển từ các độ cao và khoảng cách khác nhau.

+ Độc lập trong sinh hoạt hàng ngày.

+ Hướng dẫn bệnh nhân tự luyện tập các bài tập theo tầm vận động.

+ Tập theo chương trình tập mạnh cơ và tăng khối lượng cơ chi trên.

+ Tập xe lăn với khoảng cách xa.

+ Sử dụng khung tập đi để kiểm soát thăng bằng và chương lực cơ.

+ Ngăn ngừa ngã khi sử dụng xe lăn.

+ Định hướng tập môn thể thao trên xe lăn, bài tập sức bền.

+ Lựa chọn phương tiện di chuyển: xe ba bánh, phương tiện di chuyển thích nghi.

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

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

- Bằng mọi cách phải tạo cho họ một môi trường thích nghi với gia đình nói riêng và với cộng đồng nói chung.

- Tạo thuận lợi cho việc di chuyển bằng xe lăn: đường bằng phẳng, qua mương rãnh có cầu an toàn, nhà cao tầng có giá đỡ cầu thang, xây thanh song song quanh nhà. Chiều cao giường phù hợp với xe lăn, các vật xung quanh nhà vừa tầm với nhà bếp, nhà vệ sinh bố trí phù hợp với xe lăn.

- Tư vấn tạo điều kiện cho bệnh nhân tham gia lao động để có thu nhập nuôi sống bản thân, gia đình và hướng nghiệp.

**3. Các điều trị hỗ trợ khác**

- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng, uống đủ nước (2 lít/ngày)

- Thuốc chống đông phòng biến chứng tắc mạch

- Kháng sinh: khi có nhiễm trùng

- Thuốc nhuận tràng

- Thuốc điều trị rối loạn bàng quang

- Thuốc giảm đau

- Thuốc giãn cơ

- Thuốc chống trầm cảm

- Vitamin và tăng lực

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Các chỉ số cần theo dõi

+ Các dấu hiệu thần kinh: lực cơ, vận động, cảm giác

+ Các chức năng di chuyển và sinh hoạt hàng ngày

+ Chức năng đường tiết niệu

+ Các biến chứng hô hấp, tim mạch, cơ xương khớp…

- Thời gian tái khám: Định kỳ 3 - 6 tháng/lần

**B. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỔN THƯƠNG TỦY SỐNG LƯNG - THẮT LƯNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc của chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh**: chú ý khai thác

- Ngày bị tổn thương, ngày vào khoa cấp cứu, tổng số ngày đã nằm viện.

- Cách khởi đầu: đột ngột hay từ từ

- Tiền sử chấn thương cột sống, các tổn thương phối hợp.

- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày đầu: đau lưng, sốt, tê rát, giảm cảm giác, chuột rút cơ…

- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày sau: rối loạn đại tiểu tiện, teo cơ, loét, liệt dương (đàn ông)…

- Tiền sử bệnh: mụn nhọt làm mủ trên da, lao phổi, hạch, ung thư….

**1.2. Khám lâm sàng**

- Khám toàn thân:

+ Chú ý biến dạng gù vẹo cột sống, các điểm đau khu trú đốt sống

+ Tình trạng vết mổ cố định cột sống (nếu có)

- Khám thần kinh

+ Vận động:

+ Cảm giác: cảm giác nông (đặc biệt là cảm giác sờ nông và cảm giác châm chích) và cảm giác sâu

+ Cơ tròn: Tình trạng rối loạn đại tiểu tiện..

+ Dinh dưỡng: loét do đè ép, teo cơ...

+ Thần kinh thực vật: đau đầu, tăng huyết áp, ra mồ hôi...

- Phân loại tổn thương tủy sống dựa theo phân loại tổn thương tủy sống của Hiệp hội tổn thương tủy sống Hoa Kỳ (ASIA)

- Lượng giá:

+ Tình trạng đau: dựa trên thang điểm đau (Analogical visual pain scale)

+ Tình trạng co cứng: dựa trên thang điểm Ashworth (Ashworth scale).

+ Tình trạng thăng bằng: 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 tủy

+ Sinh hóa

+ Tế bào

+ Soi, cấy, PCR

- Chụp Xquang cột sống thường quy

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

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

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

- Các biến dạng của tư thế cột sống: vẹo cột sống, gù, thoát vị đĩa đệm cột sống, lao cột sống...

- Bệnh mạch máu hay huyết khối mạch tủy

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

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

- Điều trị theo nguyên nhân

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

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

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

- Điều trị tình trạng cấp tính đe dọa tính mạng bệnh nhân như choáng tủy, mất máu...

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

- Phòng ngừa và chăm sóc loét da do đè ép

- Nuôi dưỡng và chăm sóc đường tiêu hóa

- Chăm sóc đường tiết niệu

- Chăm sóc đường hô hấp:

+ Dẫn lưu tư thế và kết hợp vỗ rung để giải thoát đờm rãi.

+ Hướng dẫn tập thở.

+ Tập ho có hiệu quả

- Đề phòng nghẽn mạch, huyết khối do nằm lâu bằng tăng cường vận động và thuốc chống đông.

- Đặt tư thế đúng và tập thụ động để ngăn ngừa các thương tật thứ cấp: co rút, teo cơ, cứng khớp, biến dạng…

**2.2. Giai đoạn Phục hồi chức năng**

- Phòng ngừa loét do đè ép

+ Vệ sinh da, giữ da luôn khô sạch

+ Kiểm tra để phát hiện vùng da có nguy cơ loét.

+ Lăn trở

+ Xoa bóp

- Chăm sóc vết loét: Thay băng, cắt lọc, rửa vết loét, tử ngoại trị liệu…

- Phục hồi chức năng đường tiết niệu:

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

+ Đo lượng nước tiểu tồn dư

+ Uống đủ nước (2 lít/ngày)

+ Đặt thông tiểu ngắt quãng

+ Đặt thông tiểu lưu

+ Các bài tập kiểm soát tiểu tiện

- Phục hồi chức năng đường ruột:

+ Chế độ ăn đủ nước, nhiều chất xơ

+ Chương trình tập ruột

+ Các kỹ thuật kích thích hậu môn

+ Xoa bóp

+ Thụt tháo

+ Các bài tập kiểm soát đại tiện

- Vận động trị liệu: Tuỳ theo mức tổn thương tủy sống

**\* Mức tổn thương T2 - T9:**

+ Di chuyển từ các độ cao và khoảng cách khác nhau.

+ Độc lập trong sinh hoạt hàng ngày.

+ Hướng dẫn bệnh nhân tự luyện tập các bài tập theo tầm vận động.

+ Tập theo chương trình tập mạnh cơ và tăng khối lượng cơ chi trên.

+ Tập xe lăn với khoảng cách xa.

+ Sử dụng khung tập đi để kiểm soát thăng bằng và chương lực cơ.

+ Ngăn ngừa ngã khi sử dụng xe lăn.

+ Định hướng tập môn thể thao trên xe lăn, bài tập sức bền.

+ Lựa chọn phương tiện di chuyển: xe ba bánh, phương tiện di chuyển thích nghi.

**\* Mức tổn thương T10 - L1:**

- Tập dáng đi với nẹp trên gối KAFO, nạng, thanh song song.

- Sử dụng khung tập đi để kiểm soát thăng bằng và chương lực cơ.

**\* Mức tổn thương L2 - S5:**

+ Tập dáng đi với nẹp dưới gối AFO, nạng khuỷu khi đi khoảng cách xa.

- Hoạt động trị liệu:

+ Các bài tập chức năng sinh hoạt hàng ngày như ăn uống, tắm rửa, mặc quần áo...

+ Các bài tập di chuyển: Từ giường, ra ghế, xe lăn, nhà vệ sinh… và ngược lại

+ Tập sử dụng xe lăn

- Dụng cụ chỉnh hình: máng nẹp trên gối, nẹp dưới gối…

- Dụng cụ trợ giúp đi lại: nạng, gậy, khung tập đi, thanh song song, xe lăn…

- Tư vấn-tâm lý trị liệu

+ Tình dục, hôn nhân

+ Hướng nghiệp

+ Nhà cửa thíchứng

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

- Bằng mọi cách phải tạo cho họ một môi trường thích nghi với gia đình nói riêng và với cộng đồng nói chung.

- Tạo thuận lợi cho việc di chuyển bằng xe lăn: đường bằng phẳng, qua mương rãnh có cầu an toàn, nhà cao tầng có giá đỡ cầu thang, xây thanh song song quanh nhà. Chiều cao giường phù hợp với xe lăn, các vật xung quanh nhà vừa tầm với nhà bếp, nhà vệ sinh bố trí phù hợp với xe lăn.

- Tư vấn tạo điều kiện cho bệnh nhân tham gia lao động để có thu nhập nuôi sống bản thân, gia đình và hướng nghiệp.

**3. Các điều trị hỗ trợ khác**

- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng, uống đủ nước (2 lít/ngày)

- Thuốc chống đông phòng biến chứng tắc mạch

- Kháng sinh: khi có nhiễm trùng

- Thuốc nhuận tràng

- Thuốc điều trị rối loạn bàng quang

- Thuốc giảm đau

- Thuốc giãn cơ

- Thuốc chống trầm cảm

- Vitamin và tăng lực

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Các chỉ số cần theo dõi

+ Các dấu hiệu thần kinh: lực cơ, vận động, cảm giác

+ Các chức năng di chuyển, đi lại và sinh hoạt hàng ngày

+ Chức năng đường tiết niệu

+ Các biến chứng hô hấp, tim mạch, cơ xương khớp…

- Thời gian tái khám: Định kỳ 3 - 6 tháng/lần

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gãy đầu dưới xương đùi là sự gián đoạn cấu trúc toàn vẹn của xương đùi do chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp gây đau và hạn chế vận động khớp háng, khớp gối.

- Phục hồi chức năng gãy xương đùi là áp dụng các phương pháp vật lý trị liệu, vận động trị liệu, thuốc để thúc đẩy quá trình liền xương, các chức năng vận động khớp háng, khớp gối và phòng ngừa các biến chứng (teo cơ, cứng khớp…)

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc chẩn đoán**

**- Hỏi bệnh:**

+ Tình huống xảy ra chấn thương?

+ Thời gian bị chấn thương đến thời điểm hiện tại?

+ Các biện pháp đã can thiệp, xử trí?

+ Hỏi bệnh nhân có đau chói tại nơi gãy không?

+ Có đau, hạn chế vận động khớp háng, khớp gối khi vận động không?

**- Khám lâm sàng**

Cơ năng: đau nhiều tại ổ gãy và có thể gây sốc, giảm cơ năng toàn chân không thể cử động được

Thực thể: đùi sưng to, toàn bộ đùi trông như một cái ống. Biến dạng chi: chi ngắn rõ rệt, xoay ra ngoài, gấp góc.

Toàn thân: Bệnh nhân có thể bị sốc, rét run, mạch nhanh, huyết áp hạ.

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

Chụp XQuang xương đùi tư thế thẳng, nghiêng để xác định vị trí gãy, đường gãy và độ di lệch của xương.

**2. Chẩn đoán xác định:** Dựa vào phim XQuang chẩn đoán xác định.

**3. Chẩn đoán phân biệt**

**4. Chẩn đoán nguyên nhân**

- Gãy xương do sang chấn

- Gãy xương do các bệnh lý về xương: loãng xương, giòn xương, u xương, tiểu đường, lạm dụng điều trị các bệnh bằng corticoid...

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

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

- Cố định tốt điểm gãy trong giai đoạn bất động

- Giảm đau, giảm phù nề

- Chống huyết khối tĩnh mạch

- Khôi phục lại tầm vận động khớp háng và khớp gối

- Gia tăng sức mạnh các nhóm cơ khung chậu, vùng đùi

- Khôi phục lại dáng đi .

- Phục hồi lại hoạt động bình thường cho bệnh nhân

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

**2.1. Trường hợp trong khung kéo (4 tuần)**

- Mục đích: Ngăn ngừa các biến chứng phổi do nằm lâu, gia tăng tuần hoàn, duy trì lực cơ chi gãy.

- Phương pháp phục hồi chức năng:

+ Tập thở kết hợp hai tay

+ Cử động bàn chân và cổ chân chi gãy dễ gia tăng tuần hoàn.

+ Co cơ tĩnh cơ tứ đầu đùi, cơ ụ ngồi, cơ mông, cơ dạng, cơ khép

+ Tập mạnh cơ chi trên, cơ bụng, cơ lưng và cơ còn lại bằng tạ, bao cát, lò xo.

+ Cho người bệnh ngồi dậy tại giường một tuần sau khi kéo tạ.

**2.2. Trường hợp bột chậu lưng chân**

- Mục đích: Duy trì lực cơ trong bột, hướng dẫn người bệnh đi nạng không chịu sức nặng.

- Phương pháp phục hồi chức năng:

+ Hướng dẫn bệnh nhân co cơ tĩnh cơ tứ đầu đùi, cơ ụ ngồi, cơ mông trong bột.

+ Chỉ dẫn bệnh nhân, người nhà cách nâng đỡ, di chuyển khi cho người bệnh đứng và đi với hai nạng không chịu sức nặng.

+ Tiếp tục tập luyện tại nhà như trên.

**2.3. Trường hợp sau khi bó bột**

- Mục đích: Làm giảm sưng, giảm đau và giảm co thắt cơ. Gia tăng tầm vận động khớp. Gia tăng sức mạnh cơ chi bị gãy. Phục hồi chức năng di chuyển cho người bệnh.

- Phương pháp vật lý trị liệu, phục hồi chức năng:

+ Đắp nóng: paraphin, hồng ngoại.

+ Xoa bóp từ ngọn chi đến khớp hông, chú ý những cơ bị co thắt. Di động xương bánh chè để giải phóng sự kết dính.

+ Áp dụng kỹ thuật giữ nghỉ để gia tăng tầm vận động của khớp gối.

+ Tập mạnh các nhóm cơ bên chân gãy.

+ Hướng dẫn người bệnh đi nạng không chống chân đau xuống đất trong 4 tuần.

+ Tháng thứ 4 cho người bệnh đi chống chân đau xuống đất, chịu sức nặng một phần.

+ Tháng thứ 5-6 cho người bệnh đi lại bình thường với chỉ định của bác sỹ.

**2.4. Trường hợp phẫu thuật đóng đinh nội tủy**

- Ngày đầu sau mổ: tập thở để ngăn ngừa biến chứng phổi sau hậu phẫu, tự cử động bàn chân, cổ chân để gia tăng tuần hoàn chi.

- Ngày 2: Co cơ tĩnh cơ tú đầu đùi, cơ ụ ngồi, cơ mông lớn. Tập chủ động tự do các cơ thân mình, chân lành và tiếp tục tập như với ngày thứ nhất.

- Ngày 3-4: Tập như với ngày thứ nhất và hai. Tập chủ động trợ giúp nhẹ nhàng đối với cử động của khớp hông. Không làm động tác xoay trong, xoay ngoài. Tập chủ động trợ giúp gập gối trong giới hạn tầm độ mà bệnh nhân chịu được. Tập chủ động có lực kháng các chi lành.

- Tuần thứ 2: Sau khi cắt chỉ tiếp tục tập như tuần thứ nhất. Tập đi nạng không chống chân đau.

- Tuần thứ 3 trở đi: Tập các động tác chủ động tăng tiến. Tập chủ động có trở kháng bằng tay kỹ thuật viên. Tập chủ động có trở kháng cho nhóm cơ ụ ngồi và cơ tứ đầu đùi. Tập gập duỗi, dạng áp khớp hông. Hướng dẫn đi nạng chịu một phần sức nặng ở tuần thứ 6.

- Tuần 12: Có thể bỏ nạng hoàn toàn nếu cơ lực phục hồi và xương liền tốt sau kiểm tra X-quang. Tập xe đạp khi tầm vận động khớp gối đạt 90 độ.

**3. Các điều trị khác**

- Các thuốc giảm đau Paracetamol

- Các thuốc tái tạo kích thích liền xương nhanh: Calcitonin, Biphosphonat, Calcium…

- Sử dụng các thuốc chống đông đề phòng huyết khối tĩnh mạch chi dưới đối với bệnh nhân đa chấn thương hoặc có nguy cơ: Enoxaparin

**-** Điều trị nội khoa khi có các biến chứng: viêm phổi, loét đè ép….

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng…

- Phản ứng của người bệnh trong quá trình tập luyện: thái độ hợp tác, sự tiến bộ…

- Thể trạng chung toàn thân

- Theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

# PHÒNG NGỪA VÀ XỬ TRÍ LOÉT DO ĐÈ ÉP

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Loét do đè ép là một tổn thương ở da do thiếu máu cục bộ gắn liền với sự chèn ép lâu dài của các mô mềm nằm giữa một mặt phẳng cứng và chỗ lồi xương.

- Nguy cơ gây bị loét:

+ Sự chèn ép.

+ Sự trượt.

+ Cọ xát và kéo giãn da.

+ Mất hoặc giảm cảm giác.

+ Liệt.

+ Suy dinh dưỡng, tiểu tiện không tự chủ, độ ẩm quá mức.

+ Tình trạng tâm lý.

+ Sức đề kháng của da, tuổi tác.

- Vị trí loét:

+ Bệnh nhân nằm ngửa: Gai xương bả vai và đường mỏm gai, khuỷu tay, xương cùng và gót.

+ Bệnh nhân nằm nghiêng: Mỏm cùng gai, xương sườn, mào chậu, đầu gối, mắt cá, mấu chuyển lớn

+ Bệnh nhân nằm sấp: Xương đòn, gai chậu, đầu gối, ngón chân, cơ quan sinh dục ở nam, vú ở nữ, má, tai

+ Bệnh nhân ngồi: ụ ngồi, xương bả vai, xương hông, phía sau đầu gối, mắt cá.

- Phân độ loét:

+ ĐỘ 0: Những trường hợp có nguy cơ.

+ ĐỘ 1: Đỏ da.

+ ĐỘ 2: Dự phòng nước và hư da.

+ ĐỘ 3: Hoại tử.

+ ĐỘ 4: Vết thương lan rộng, hoại tử sâu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có các tổn thương loét.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường qui.

**2. Phương tiện**

- Khay chữ nhật: kéo, băng dính hoặc băng cuộn, 2 đôi găng tay.

- Dung dịch rửa vết thương, cốc đựng dung dịch rửa vết thương.

- Hộp dụng cụ rửa vết thương vô khuẩn: 2 kìm Kose, 2 kẹp phẫu tích, 1 kéo.

- Hộp vô khuẩn: gạc miếng, gạc củ ấu.

- Chậu đựng dung dịch khử khuẩn, ni lon, túi đựng đồ bẩn.

**3. Người bệnh**

- Xem y lệnh và đối chiếu với người bệnh.

- Khám và giải thích cho người bệnh quy trình xử trí vết loét cho người bệnh yên tâm và phối hợp.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ.

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật.

- Phát hiện và ngăn ngừa các nguyên nhân gây loét do đè ép.

- Tránh sự chèn ép và cọ xát lên vết loét:

+ Tuyệt đối không được tì đè lên vết loét.

+ Tuyệt đối không nằm/ngồi trên vòng cao su do cản trở lưu thông máu.

+ Khi bệnh nhân đã bị loét, trước tiên phải tìm nguyên nhân của loét.

- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng: Ăn uống nhiều chất đạm

- Bổ sung đầy đủ vitamin và chất khoáng

- Chiếu tia laser vào vết loét.

- Đánh giá nguy cơ cao hình thành vết loét, tổng trạng sức khoẻ của bệnh nhân, tình trạng vết loét.

- Xoay trở người bệnh 2 giờ/lần.

- Chăm sóc vết loét:

+ Điều dưỡng mang găng, trải nilon, đặt người bệnh nằm tư thế thuận lợi, bộc lộ vết loét.

+ Đặt túi đựng đồ bẩn, tháo băng cũ, nhận định tình trạng vết loét, thay găng.

+ Điều dưỡng mang găng, cắt lọc các mô chết, rửa sạch xung quanh vết loét (từ mép vết thương ra ngoài).

+ Thấm dung dịch, rửa từ giữa vết loét ra mép, rửa đến khi sạch.

+ Thấm khô, đặt gạc phủ kín vết loét băng lại hoặc để thoáng theo chỉ định.

\* Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc.  
**V. THEO DÕI**

**1. Theo dõi biến chứng của vết loét**

- Nhiễm trùng vết loét, vết loét khó lành, có mủ và mùi hôi từ vết thương. Xử lý viêm xương và nhiễm trùng bằng thuốc kháng viêm.

- Suy dinh dưỡng và tình trạng bị khô da:

**2. Theo dõi tình trạng vết loét**

- Mô hạt tốt là phải đỏ bóng, ẩm ướt, và không dễ bị rỉ máu. Mô hạt lên quá mép vết thương, được gọi là sự dư mô hạt.

- Điều chỉnh lại kế hoạch điều trị nếu vết loét không không phát triển tốt hoặc lành trong vòng 2 - 4 tuần:

+ Xem xét lại mức độ nguy cơ loét của bệnh nhân sau khi đánh giá tình trạng vết thương.

+ Lượng giá quá trình vết loét lành bằng các dụng cụ đo vết loét.

**VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Băng ép, cầm máu.

- Nhiễm trùng: kháng sinh, chống phù nề.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THOÁI HÓA KHỚP

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thoái hóa khớp là bệnh thoái hóa loạn dưỡng của khớp, biểu hiện sớm nhất ở sụn khớp sau đó có biến đổi ở bề mặt khớp và hình thành các gai xương, khe khớp hẹp cuối cùng dẫn đến biến dạng khớp. Đây là một bệnh tiến triển chậm nhưng gây tổn thương toàn bộ khớp. Viêm màng hoạt dịch là biểu hiện thứ phát do những biến đổi thoái hóa của sụn khớp.

- Thoái hóa khớp là bệnh mạn tính, xảy ra ở mọi chủng tộc, mọi thành phần của xã hội, ở tất cả các nước.Thống kê của WHO (2005) trong 0,3 - 0,5% dân số bị bệnh lý khớp thì hơn 20% bị thoái hóa khớp. Ở Mỹ trên 21 triệu người bị thoái hóa khớp trong đó 80% người trên 55 tuổi, > 50% người trên 65 tuổi và 100% người trên 70 tuổi có biểu hiện thoái hóa khớp trên phim chụp XQ ít nhất 1 khớp. Ở Pháp thoái hóa khớp chiếm 28% bệnh lý xương khớp. Việt Nam bệnh nhân bị thoái hóa khớp chiếm 10,41% các bệnh về xương khớp.

- Trước 45 tuổi tỷ lệ nam nữ bị bệnh ngang nhau, sau 45 tuổi phụ nữ bị nhiều hơn nam giới (1,5-2/1). Có nhiều nguyên nhân, thường gặp nhất là hậu quả của quá trình tích tuổi và sự chịu lực tác động thường xuyên lên khớp

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc của chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh**: Đau thường xuất hiện sớm ở các khớp lớn đặc biệt là các khớp chịu lực với tính chất đau âm ỉ, có thể có những cơn đau cấp ở khớp, đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ và về đêm, đau có thể diễn biến từng đợt hay kéo dài liên tục.

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

- Dấu hiệu “phá 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 được chẩn đoán và điều trị sớm có thể làm chậm sự phát triển của bệnh, giảm triệu chứng đau đớn, duy trì khả năng vận động, cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng:

- Làm giảm triệu chứng đau.

- Duy trì chức năng của các khớp.

- Hạn chế hay làm chậm quá trình hủy khớp.

- Nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân

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

**2.1. Vật lý trị liệu**

- Sóng ngắn có tác dụng tạo nhiệt nóng ở trong sâu, tăng cường chuyển hóa, chống phù nề, chống viêm giảm đau.

- Dòng xung điện có tác dụng kích thích thần kinh cơ, giảm đau, tăng cường chuyển hóa, làm tăng cường dẫn truyền thần kinh.

- Siêu âm làm mềm tổ chức tổn thương xơ sẹo trong sâu, chống viêm, giảm đau, tăng cường chuyển hóa, tăng tái tạo tổ chức.

**2.2. Vận động trị liệu**

- Vận động chủ động có trợ giúp cho khớp đau để duy trì tầm độ khớp, tập mạnh cơ và chống co rút cơ quanh khớp với nguyên tắc không gây tăng áp lực cho khớp đã và đang bị đau.

- Đạp xe: là hình thức tập luyện hiệu quả giúp kích thích các nhóm cơ lớn ở chân với mức độ tải trên khớp thấp. Các dữ liệu cho thấy đây là hình thức tập luyện phù hợp nhất giúp tăng sức mạnh cơ duy trì vận động khớp trong thoái hóa khớp gối, hông.Tuy nhiên vị trí của yên xe nên được điều chỉnh sao cho khi duỗi gối hết mức, gối gập góc từ 0 - 15 độ.

- Đi bộ: An toàn cho hầu hết bệnh nhân, dễ thực hiện, không tốn chi phí, cải thiện sức khỏe, giảm đau và chống trầm cảm. Nhưng không phù hợp với thoái hóa khớp nặng ở các vị trí hông, gối và mắt cá chân.

- Bơi lội sẽ rất tốt cho khớp thoái hóa vì ít áp lực lên các khớp, duy trì độ mềm dẻo của cơ quanh khớp, giảm sưng đau khớp.

**2.3. Bảo vệ khớp:** Giảm tải trọng trên khớp bằng các loại đai, nẹp, gậy, nạng hỗ trợ, hướng dẫn thực hiện tư thế tốt trong sinh hoạt và lao động

**3. Thuốc**

**Thuốc điều trị triệu chứng**

- Thuốc kháng viêm không steroid

- Thuốc giảm đau thông thường

- Corticoid nội khớp

**Thuốc chống thoái hóa khớp tác dụng chậm**

- Glucosamin Sulphat

- Diacerin

- Chondroitin sulphat

- Acid Hyaluronic nội khớp

**4. Các điều trị khác**

**4.1. Điều trị ngoại khoa**

Rửa khớp lấy bỏ mảnh sụn bong, cắt bỏ sụn chêm bị tổn thương, gọt dũa bề mặt không đều của sụn xương, sửa chữa trục khớp, thay khớp.

**4.2. Chế độ dinh dưỡng**

Ăn chế độ ăn đủ dinh dưỡng, cân đối giữa đạm, chất béo, khoáng chất và vitamin. Trứng, sữa, mật ong là những thực phẩm tốt cho người bị thoái hóa khớp cũng như người cao tuổi. Khi bị thoái hóa khớp nên ăn những thức ăn giàu can xi, giảm tinh bột, giảm đường nhất là các loại đường hấp thu trực tiếp như mía, bánh kẹo, nước ngọt…Nên ăn nhiều các loại rau củ hơn là cơm. Thay đạm động vật bằng đạm thực vật dễ tiêu như đậu nành, đậu đũa, đậu cove, nấm…

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Giúp bệnh nhân hiểu quá trình của bệnh và hậu quả của nó.

- Giáo dục bệnh nhân cách kiểm soát bệnh.

- Kiểm soát cơn đau.

- Duy trì và cải thiện chức năng sinh hoạt vận động, làm chậm tiến trình thoái khớp

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc của chẩn đoán**

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

**1.2**. **Khám lâm sàng**

- Đánh giá các tổn thương tại khớp: tính chất đối xứng, ở các khớp ngoại biên, tiến triển từng đợt, có xu hướng nặng dần gây hủy hoại khớp và đầu xương

- Đánh giá các tổn thương ngoài khớp: viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim, rối loạn nhịp tim, tràn dịch màng phổi, xơ phổi, khô kết mạc mắt…

- Đánh giá các tổn thương toàn thân: mệ mỏi, sụt cân, thiếu máu, suy nhược, phù…

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

- Các xét nghiệm cơ bản: CTM. VSS, CRP, xét nghiệm chức năng gan, thận, XQ thường quy tim phổi, điện tâm đồ.

- Các xét nghiệm đặc hiệu: Yếu tố dạng thấp RF, anti CCP, XQ khớp tổn thương.

**2. Chẩn đoán xác định**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Dấu hiệu** | **Điểm** |
| **A. Biểu hiện tại khớp** | |
| + 01 khớp lớn | 0 |
| + 02-10 khớp lớn | 01 |
| + 01-03 khớp nhỏ (có hay không có biểu hiện ở khớp lớn) | 03 |
| + 04-10 khớp nhỏ (có hay không có biểu hiện ở khớp lớn) | 04 |
| + Trên 10 khớp (có ít nhất 01 khớp nhỏ) | 05 |
| **B- Huyết thanh** (ít nhất phải làm một xét nghiệm) | |
| + RF âm tính và Anti CCP âm tính | 0 |
| + RF dương tính thấp hoặc anti CCP dương tính thấp | 02 |
| + RF dương tính cao hoặc anti CCP dương tính cao | 03 |
| **C- Chỉ số viêm giai đoạn cấp** (ít nhất phải làm một xét nghiệm) | |
| + CRP bình thường hoặc tốc độ máu lắng bình thường | 0 |
| + CRP tăng hoặc tốc độ máu lắng tăng | 01 |
| **D- Thời gian hiện diện các triệu chứng** | |
| Dưới 6 tuần | 0 |
| Trên 6 tuần | 01 |

Chẩn đoán xác định khi điểm 6/10

**3. Chẩn đoán phân biệt**

- Lupus ban đỏ hệ thống

- Thoái hóa khớp

- Viêm khớp trong bệnh Goutt mạn tính

- Viêm cột sống dính khớp

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

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

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

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

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

- Bảo vệ khớp.

- Giảm đau, giảm sưng.

- Duy trì và cải thiện tầm vận động khớp, ngừa biến dạng khớp.

- Làm mạnh cơ yếu, tăng cường sức chịu đựng của cơ thể.

- Cải thiện khả năng thăng bằng khi đi lại.

- Cải thiện sức khỏe và tăng cường độc lập trong sinh hoạt

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

**2.1. Giai đoạn khớp viêm cấp**

- Nghỉ ngơi: cần để các khớp viêm cấp được nghỉ ngơi, giảm vận động ban ngày vì vận động và gắng sức có thể làm tăng sưng đau và tổn thương khớp.

- Duy trì tư thế khớp đúng khi nghỉ: không đặt gối kê dưới khoeo chân, gây co rút gập khi đợt viêm chấm dứt. Các khớp bị viêm ở bàn tay và cổ tay cũng cần cố định ở tư thế đúng khi nghỉ.

- Mang nẹp nghỉ vào ban đêm, cho phép giữ khớp ở tư thế chức năng, và làm giảm sự co rút của gân cơ. Tác dụng hỗ trợ chống viêm và giảm đau của nẹp rất tốt.

- Chườm lạnh các khớp viêm cấp 10-15 phút, 2lần/ngày

- Vận động tập: vận động thụ động nhẹ nhàng các khớp háng, gối, vai ngừa dính khớp, teo cơ, đặt khớp cổ, bàn tay và ngón tay trong máng bột hay nẹp nhựa ở tư thế cổ tay duỗi 200, khớp bàn đốt gập 450, khớp liên đốt gập 300, khớp liên đốt xa gập 200, ngón cái duỗi và dạng. Khuyến khích người bệnh nằm sấp, gồng cơ tứ đầu đùi, cơ mông. Vận động thụ động nhẹ nhàng cổ chân và các ngón chân.

**2.2. Giai đoạn khớp viêm bán cấp**

- Khớp cổ, bàn, ngón tay: Giảm đau bằng ngâm paraphin hay bồn nước xoáy, vận động chủ động có trợ giúp để duy trì và tăng tầm vận động của bàn tay và các ngón tay, vận động có đề kháng bằng tay hay dụng cụ để tăng lực cơ. Tập luyện chức năng bàn tay nhất là chức năng cầm nắm. Kéo giãn nhẹ các gân cơ co cứng nhưng không làm quá mức.

- Khớp vai: Dùng nhiệt sâu để giảm đau, thư giãn bao khớp. Vận động có trợ giúp để tăng tầm vận động khớp nhất là dạng và xoay. Vận động chủ động tự do duy trì lực cơ vùng vai, tay.

- Khớp háng và gối: Giảm đau bằng nhiệt sâu, vận động chủ động có trợ giúp để duy trì tầm vận động, tập mạnh cơ tứ đầu đùi, cơ duỗi hông. Tập di chuyển với nạng gậy trợ giúp, đặt máng bột sau gối mỗi đêm.

- Khớp cổ, bàn chân: Giảm đau bằng nhiệt, vận động chủ động có trợ giúp khớp cổ chân nhất là gân gót. Kéo giãn gân cơ nếu co rút. Tập di chuyển với nạng.

**2.3. Giai đoạn mạn tính**

- Thực hiện các bài tập kéo giãn ngừa co rút biến dạng khớp, các bài tập chủ động có đề kháng tăng thể tích cơ và lực cơ. Tăng cường thể lực bằng các bài tập vận động tự do có đề kháng (chú ý giảm sức tỳ lên mặt khớp lớn, khớp chịu lực)

- Thực hiện các bài tập Hoạt động trị liệu tăng cường khả năng và các cử động khéo léo của hai bàn tay.

- Đi bộ nhẹ nhàng, bơi lội, đạp xe đạp, thể dục nhịp điệu để tăng cường sức bền của cơ thể.

- Chương trình tập cần tăng tiến từ từ, không làm sưng đau hay khởi phát tiến trình viêm khớp.

**3. Điều trị thuốc**

- Các thuốc kháng viêm không steroid: lưu ý khi dùng dài ngày hay bệnh nhân già yếu, có tiền sử tim mạch, dạ dày, cần theo dõi chức năng gan, thận.

- Corticoid: sử dụng ngắn hạn trong lúc chờ đợi thuốc điều trị căn bản có hiệu lực

- Thuốc điều trị căn bản: Methotrexat, Sulfasalazin, Hydrocloroquin.

- Các thuốc kháng thấp sinh học: Ức chế TNF α, kháng Interleukin 6, kháng Lympho B…

**4. Điều trị khác**

**- Điều trị ngoại khoa**: Chỉnh hình khớp, thay khớp nhân tạo

**- Kết hợp điều trị y học cổ truyền**: Châm cứu trong giai đoạn bệnh ổn định hỗ trợ làm thuyên giảm triệu chứng viêm, giảm liều các thuốc chống viêm

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

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

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH ĐAU LƯNG DO THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**- Định nghĩa:**

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

**- Bệnh lý thoát vị đĩa đệm:**

+ Cơ chế:

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

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

- Những yếu tố gây nên thoát vị cột sống:

+ Áp lực trọng tải cao.

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

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

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

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc của chẩn đoán**

**1.1 Hỏi bệnh**

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

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

**1.2 Khám và lượng giá chức năng**

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

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

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

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

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

- Các hình thức thoát vị đĩa đệm:

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

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

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

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

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

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

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

- Chụp cắt lớp, kém chính xác hơn MRI.

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

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

Các chỉ số huyết học ít có thay đổi.

**2. Chẩn đoán xác định**

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

- Có yếu tố chấn thương.

- Đau cột sống thắt lưng theo kiểu rễ dây.

- Đau tăng khi gắng sức.

- Nghỉ ngơi có đỡ đau.

- Có dấu hiệu bấm chuông.

- Có dấu hiệu Lasegue+.

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

**3. Chẩn đoán phân biệt**

- Đau các dây thần kinh của chi dưới.

- Đau khớp, khớp cùng chậu, khớp háng.

- Viêm cơ đáy chậu.

**4. Chẩn đoán nguyên nhân**

- Chấn thương cột sống vùng thắt lưng.

- Làm việc sai tư thế.

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

**III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**

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

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

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

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

- Giai đoạn cấp:

+ Nằm nghỉ ngơi tại chỗ, trên đệm cứng

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

+ Bài tập nhẹ nhàng thụ động, chủ động, có kháng và co cơ đẳng trương.

- Sau giai đoạn cấp, bệnh nhân đỡ đau: có thể điều trị thêm kéo giãn cột sống thắt lưng gia tăng lỗ liên đốt, giảm chèn ép rễ

- Các bài tập sau mổ thoát vi đĩa đệm:

+ Sau phẫu thuật 1-7 ngày tập thở, ho, tập gồng cơ tứ đầu và các cơ chi dưới.

+ Sau 2 tuần cho ngồi với nẹp thắt lưng,

+ Sau 3 tuần có thể ngồi thẳng.

+ Bệnh nhân phải mặc áo nẹp trong vòng 3 tháng.

- Hướng dẫn các bài tập tại nhà để giữ cột sống, tư thế lao động tốt.

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

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

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

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HỘI CHỨNG ĐUÔI NGỰA

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**1. Khái niệm**

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

**2. Nguyên nhân**

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

**3. Phân loại**

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

- Liệt mềm hai chi dưới.

- Rối loạn cảm giác ở mông và hai chi dưới.

- Rối loạn cơ vòng kiểu ngoại vi.

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

- Liệt gấp, duỗi cẳng chân.

- Liệt hoàn toàn bàn và ngón chân.

- Rối loạn cảm giác mông, sau đùi, toàn bộ cẳng chân và toàn bộ bàn chân.

- Rối loạn cơ vòng kiểu ngoại vi.

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

- Rối loạn cảm giác vùng yên ngựa (thường có kèm theo đau và dị cảm).

- Rối loạn cơ vòng kiểu ngoại vi.

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc của chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh:** chú ý khai thác

- Ngày bị bệnh, ngày vào khoa cấp cứu, tổng số ngày đã nằm viện.

- Cách khởi đầu: đột ngột hay từ từ

- Tiền sử chấn thương cột sống, các tổn thương phối hợp.

- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày đầu: đau hoặc dị cảm ở một hoặc hai bên chân; đôi khi khu trú ở vùng hậu môn hoặc đáy chậu; tăng lên khi gắng sức (ho, đại tiện) và khi thay đổi tư thế. Mất cảm giác có thể gặp ở toàn bộ một hoặc hai chân, ở vùng đáy chậu (mất cảm giác vùng yên ngựa) đôi khi mất cảm giác đại tiểu tiện.

- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày sau: rối loạn đại tiểu tiện, teo cơ, loét, liệt dương (nam giới)…

**1.2. Khám và lượng giá chức năng**

- Giảm vận động ở một hoặc hai chân

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

- Mất phản xạ gân gót, gối và phản xạ da gan bàn chân.

- Rối loạn cơ tròn

- Liệt dương

- Rối loạn dinh dưỡng.

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

- MRI (chụp cộng hưởng từ) cột sống thắt lưng và vùng đuôi ngựa.

- Chụp cột sống thắt lưng thẳng, nghiêng, chếch 3/4;

- Chụp tủy cản quang với thuốc cản quang

**2. Chẩn đoán xác định**

- Triệu chứng lâm sàng: tùy vào vị trí tổn thương

+ Liệt mềm hai chi dưới

+ Rối loạn cảm giác ở mông và hai chi dưới

+ Rối loạn cơ vòng kiểu ngoại vi.

- Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng và vùng đuôi ngựa: Thoát vị đĩa đệm, u dây thần kinh hoặc u nội tủy vùng đuôi ngựa.

**3. Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm đa rễ đa dây thần kinh

**4. Chẩn đoán nguyên nhân**

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

Là nguyên nhân chính của chèn ép vùng đuôi ngựa.

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

**4.2. Hẹp ống sống**

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

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

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

**4.4. U ống nội tủy vùng đuôi ngựa**

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

**III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**

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

- Phòng ngừa và điều trị các thương tật thứ cấp sau khi bị bệnh.

- Phục hồi chức năng vận động, bàng quang và đường ruột bằng các phương pháp.

- Hướng nghiệp cho bệnh nhân khi ra viện.

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

**2.1. Vận động trị liệu**

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

- Huấn luyện di chuyển

**2.2. Dụng cụ chỉnh trực**

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

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

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

- Mục tiêu:

+ Làm rỗng bàng quang thường xuyên và hoàn toàn

+ Giúp bệnh nhân kiểm soát được tiểu tiện.

+ Tránh các biến chứng nhiễm trùng tiết niệu

+ Tránh gây trào ngược từ bàng quang lên thận.

- Các biện pháp PHCN

+ Bài tập cơ đáy chậu, cơ thành bụng

+ Thông tiểu

• Sonde tiểu lưu

• Sonde tiểu cách quãng

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

- Mục tiêu:

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

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

- Biện pháp:

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

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

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

\* Chế độ tập luyện:

Dùng ngón tay móc phân ra ngày/lần.

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

Cho thức ăn làm phân đặc lại

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Theo dõi

+ Tình trạng liệt về vận động và mất cảm giác

+ Tình trạng rối loạn đại tiểu tiện

+ Tình trạng đau

- Tái khám: Sau 3 - 6 tháng

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG 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, gầy sút cân, cảm giác tê bì, hoặc mất cảm giác, rối loạn cơ tròn, liệt vận động …)

- Kết quả điều trị trước đó như thế nào.

- Ảnh hưởng của đau đến trạng thái tinh thần cảm xúc, tâm lý và các hoạt động sinh hoạt của bệnh nhân.

**1.2. Lâm sàng**

- Đau dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa, từ thắt lưng và lan xuống dưới chân là hay gặp nhất, có khi chỉ xuống tới mông, tới đùi hay lan tận xuống tận bàn chân. Tùy theo vị trí tổn thương mà biểu hiện trên lâm 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 ngửa, nâng chân và khép đùi bệnh nhân từng bên một nếu gây đau dọc theo dây thần kinh tọa là dương tính.

+ Dấu Chavany (+): Vừa nâng chân giống như nghiệm pháp Lasègue vừa dạng chân bệnh nhân thấy đau

+ Dấu hiệu Neri (+): Bệnh nhân đứng thẳng, sau đó cúi gập người, hai tay giơ ra trước (hướng cho tay chạm xuống đất), hai gối giữ thẳng thẳng bệnh nhân thấy đau dọc chân bị bệnh và chân bên đó co lại tại khớp gối

- Có thể có rối loạn cảm giác kèm theo như dị cảm, tê bì, kiến bò, kim châm …dọc theo mặt ngoài 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 trong bệnh lý toàn thân hoặc viêm nhiễm, ác tính. Không có thay đổi trong các bệnh lý thoát vị đĩa đệm, trượt đốt sống, thoái hóa CSTL, hẹp ống sống thắt lưng.. chủ yếu loại trừ nguyên nhân xương. Bệnh lý đĩa đệm gợi ý khi hẹp đĩa đệm, ở phim thẳng thì đĩa đệm hẹp về phía bên 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 tọa, 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, cá 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 tủy, u đốt sống, u thần kinh.

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

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

**4.4. Nguyên nhân viêm nhiễm**

- Viêm đĩa đệm, đốt sống do vi khuẩn: thường gặp sau các nhiễm trùng ngoài da, tiết niệu, phổi và sau tiêm tĩnh mạch không vô khuẩn tốt.

- Lao cột sống: Thường thứ phát sau lao phổi.

- Áp xe ngoài màng cứng, viêm màng não - tủy…

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

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

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

- Quan trọng nhất là chẩn đoán xác định chính xác nguyên nhân gây đau thần kinh tọa.

- Điều trị theo nguyên nhân gây bệnh.

- Kết hợp vật lý trị liệu và phục hồi chức năng trong Giảm đau và phục hồi chức năng vận động.

- Phòng ngừa các thương tật thứ phát và các biến chứng.

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

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

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

- Nghỉ ngơi tuyệt đối trong trường hợp nặng, nên nằm giường cứng, tránh nằm võng hay ngồi ghế xích đu. Tránh vận động mạnh như xoay người đột ngột, chạy nhảy, cúi gập người...

- Nhiệt trị liệu có tác dụng giảm đau chống co cứng cơ giãn mạch tăng cường chuyển hóa dinh dưỡng như: Hồng ngoại, sóng ngắn, siêu âm. Lưu ý không dùng trong trường hợp viêm nhiễm cấp tính.

- Các phương pháp điện trị liệu: điện xung, điện phân, dòng TENS, dòng giao thoa có tác dụng kích thích thần kinh cơ, giảm đau, tăng cường chuyển hóa.

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

- Kéo 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

**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 mạ 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 thoát vị đĩa đệm)

- Can thiệp phẫu thuật: chỉ định khi điều trị bảo tồn không có hiệu quả hoặc để điều trị nguyên nhân gây bệnh như chấn thương, 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.

# 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 nước mắt làm chảy nước mắt giàn giụa nhất là trong hoặc ngay sau bữa ăn.

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

- Di chứng: nhiều mức độ nặng nhẹ 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 hưởng từ trong trường hợp liệt mặt do khối u, do bệnh lý mạch máu...

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

**3. Chẩn đoán nguyên nhân**

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

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

**3.2. Liệt mặt thứ phát**

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

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

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

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

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

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

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

- Kết hợp điều trị, bảo vệ mắt bị hở

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

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

\* Mục tiêu:

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

- Tăng tuần hoàn, phòng biến dạng mặt

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

- Đảm bảo vệ sinh răng miệng.

\* Phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

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

- Dùng nhiệt 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, điện xung, điện phân, xoa bóp.

- Tập các cơ mặt qua các bài tập từ chủ động trợ giúp đến đề kháng. Hướng dẫn người bệnh tự tập qua gương: nhắm mắt huýt sáo, thổi lửa, ngậm chặt miệng, mỉm cười, nhăn trán, phát âm những từ có âm môi: B, P, U, I, A…

- Nên để người bệnh ở phòng riêng hoặc ở góc phòng có bình phong, ngăn cách với người bệnh khác để người bệnh khỏi ngượng ngùng, kém tập trung.

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

**3. Các phương pháp điều trị khác**

**3.1. Điều trị nội khoa**

- Điều trị theo nguyên nhân: Chống viêm, dùng thuốc kháng sinh khi có nhiễm khuẩn, thuốc điều trị virus…

- Thuốc giãn mạch

- Kích thích tăng dẫn truyền, dùng vitamin nhóm B liều cao.

**3.2. Điều trị ngoại khoa**

Phẫu thuật giải phóng dây thần kinh trong ống dây thần kinh 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

# TẬP CHO NGƯỜI BỆNH CỨNG KHỚP

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Tập vận động cho người bệnh cứng khớp là loại vận động chủ động do chính người bệnh thực hiện cùng với sự hỗ trợ của người khác hoặc các dụng cụ trợ giúp tập luyện để cho người bệnh hoàn thiện được động tác vận động.

1. **CHỈ ĐỊNH**

Trong mọi trường hợp người bệnh chưa tự thực hiện được hết tầm vận động của khớp.

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* Gãy xương mới
* Viêm khớp nhiễm khuẩn, lao khớp, tràn máu, tràn dịch khớp
* Chấn thương mới (1-2 ngày đầu), sai khớp chưa được nắn chỉnh
* Không làm được động tác hoặc làm được động tác lại nặng thêm.

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**: bác sỹ chuyên khoa Phục hồi chức năng, kỹ thuật viên, y sĩ, điều dưỡng được tập huấn về vật lý trị liệu
3. **Phương tiện**: Các phương tiện cần thiết hỗ trợ thích hợp tập cứng khớp.
4. **Người bệnh**: được giải thích về mục đích, phạm vi, mức độ, thời gian, kỹ thuật tập.
5. **Hồ sơ bệnh án**: Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa.

Chẩn đoán bệnh, chẩn đoán chức năng, phát hiện đánh giá và theo dõi kết quả tập.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

* Người bệnh ở các tư thế thích hợp cho bài để tập.
* Người tập ở các tư thế phù hợp.
* Tiến hành tập luyện: Yêu cầu người bệnh vận động chủ động phần cơ thể cần vận động như tự thực hiện phần vận động chân, tay hoặc phần cơ thể cần PHCN mà tự họ làm được, người điều trị trợ giúp để người bệnh thực hiện được tối đa tầm vận động của khớp phần động tác mà họ không tự làm được. Có thể sử dụng các dụng cụ PHCN trợ giúp vận động của người bệnh.
* Mỗi ngày tập 1 đến 2 lần, mổi lần tập 20 đến 30 phút.

1. **THEO DÕI**
2. **Trong khi tập**

* Xem người bệnh có đau, khó chịu.
* Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở và tình trạng toàn thân.

1. **Sau khi tập**

* Người bệnh có đau và khi đau kéo dài trên 3 giờ sau tập là tập quá mức.
* Theo dõi tiến triển của tầm vận động khớp.

1. **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**
2. **Trong khi tập**: Nếu người bệnh bị đau tăng thì ngừng tập và theo dõi thêm.
3. **Sau khi tập**: Nếu đau kéo dài và tình trạng toàn thân người bệnh có biểu hiện bất thường nếu do tập quá mức, phải xử trí tai biến và giảm cường độ tập các lần sau cho phù hợp thì ngừng tập và xử trí tai biến đó.

# DỤNG CỤ TẬP CỔ CHÂN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là dụng cụ dùng để người bệnh tập cổ chân. Thiết bị đặt cố định, có cấu trúc như bàn đạp xe đạp. Thực hiện động tác tùy theo khả năng và sự tiến triển của người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Trong mọi trường hợp người bệnh chưa tự thực hiện được hết tầm vận động của khớp cổ chân, hạn chế vận động khớp cổ chân

- Liệt mềm hoặc cổ chân không thể vững và gây ra những khó khăn về thăng bằng khi bước đi.

**-III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh sau gãy xương vùng cẳng, bàn chân cần được bất động vững

- Gãy xương mới

- Viêm khớp nhiễm khuẩn, lao khớp, tràn máu, tràn dịch khớp

- Chấn thương mới (1-2 ngày đầu), sai khớp chưa được nắn chỉnh

- Không làm được động tác hoặc làm được động tác lại nặng thêm.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu, người đã được hướng dẫn

**2. Phương tiện:** dụng cụ tập cổ chân.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh mặc trang phục gọn gàng.

- Giải thích và hướng dẫn cách tập cho người bệnh.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Giúp người bệnh ngồi lên ghế, đặt bàn chân lên dụng cụ.Khi bàn chân đã được đặt đúng lên bàn đạp, thít chặt dây cố định khớp cổ chân và bàn chân.

- Thực hiện động tác như đạp xe, thời gian tập từ 15- 30 phút tùy theo tình trạng sức khỏe, khả năng của người bệnh. Trong thời gian tập có thể nghỉ 1-2 lần, thời gian mỗi lần từ 2-3 phút.

- Kỹ thuật viên luôn có mặt trong phòng tập để phát hiện những tai biến xảy ra, xử trí kịp thời.

- Trường hợp người bệnh chưa tự đạp được, người nhà có thể đứng bên cạnh hỗ trợ.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi có biểu hiện quá sức ở người bệnh.

- Theo dõi huyết áp.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tập quá sức: Nghỉ ngơi

- Tăng huyết áp: Nghỉ ngơi, thuốc hạ áp

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lí trị liệu.

# THAY BĂNG, CẮT CHỈ

# A. THAY BĂNG VẾT THƯƠNG

* 1. **ĐẠI CƯƠNG**

Thay băng vết thương hàng ngày nhằm mục đích :

* + - Đánh giá tình trạng vết thương
    - Hạn chế nhiễm khuẩn cho người bệnh
  1. **CHỈ ĐỊNH**
* Vết thương, vết loét, vết bỏng…
  1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Không có chống chỉ định

#### CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện : 02 điều dưỡng

- Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang

1. Dụng cụ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Dụng cụ** | **Đơn vị** | **Số lượng** |
| 1 | Dụng cụ tiêu hao | gói | 01 |
| 2 | Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn | gói | 01 |
| 3 | Dụng cụ bảo hộ | bộ | 01 |
| 4 | Dụng cụ thủ thuật | bộ | 01 |
| 5 | Dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn | bộ | 01 |
| 6 | Nước muối Natriclorua 0,9% | Ml | 500 |
| 7 | Oxy già (nếu cần) | Ml | 20 |
| 8 | Tấm ni lông | Cái | 01 |
| 9 | Túi đựng đồ bẩn | Cái | 01 |

1. Người bệnh: giải thích, động viên người bệnh
2. Hồ sơ bệnh án.

#### TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ xem lại y lệnh của bác sỹ, kiểm tra người bệnh
2. Trải nilon dưới vết thương.
3. Mở hộp chăm sóc, rót dung dịch nước muối sinh lý 0,9% ra bát kền.
4. Điều dưỡng đi găng sạch bộc lộ vết thương.
5. Tháo bỏ băng cũ, đánh giá tình trạng vết thương về mức độ viêm, hoại tử.
6. Thay găng vô khuẩn, dùng kẹp phẫu tích gắp gạc củ ấu đã tẩm nước muối sinh lý 0,9% rửa vết thương theo thứ tự:

Rửa từ mép vết thương ra xung quanh theo hình xoáy trôn ốc.

Thay gạc củ ấu rửa bên trong vết thương bằng dung dịch nước muối sinh lý 0,9% đến khi sạch.

1. Thấm khô vết thương bằng bông gạc, sát khuẩn vết thương lần 2 bằng gạc củ ấu thấm PVP 10%. Nếu vết thương tổn thương rộng có thể đắp gạc tẩm PVP 10%.
2. Đắp gạc che kín vết thương và băng lại.
3. Tháo bỏ găng bẩn
4. Để người bệnh về tư thế thoải mái
5. Thu dọn dụng cụ.
6. Điều dưỡng rửa tay, ghi hồ sơ.

#### THEO DÕI

Hằng ngày theo dõi tình trạng vết thương, xem dịch thấm băng nhiều hay ít để có kế hoạch thay băng trong ngày. Nếu dịch thấm ướt lớp gạc ngoài cùng cần thay băng ngay.

#### XỬ TRÍ TAI BIẾN

Nhiễm trùng bệnh viện: do lây nhiễm các vi khuẩn bệnh viện, thường là kháng thuốc, điều trị rất khó khăn.Vì vậy khi thay băng cần tuân thủ nghiêm ngặt quy trình vô khuẩn.

# B. CẮT CHỈ VẾT KHÂU

**I. MỤC ĐÍCH:**

- Tránh xẹo xấu.

- Thoát lưu dịch, mủ.

**II. CHỈ ĐỊNH:**

- Vết thương lành tốt đến ngày cắt chỉ.

- Vết thương nhiễm trùng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ:**

**1. Nhận định:**

- Nhận định các yếu tố ảnh hưởng đến tiến trình lành vết thương:

+ Tuổi.

+ Tổng trạng (béo phì, suy kiệt).

+ Thân nhiệt.

+ Tình trạng dinh dưỡng.

+ Bệnh lý kèm theo (tim mạch, tiểu đường, suy giảm miễm dịch, xạ trị…).

+ Thuốc đang sử dụng.

+ Tiền sử dị ứng.

- Nhận định tình trạng khâu: vị trí, loại vết khâu, nguyên nhân gây ra vết thương, thời gian xảy ra, loại chỉ khâu, tình trạng chân chỉ: màu sắc, sưng, nóng, đỏ, đau, ( mức độ đau), số lượng, màu sắc tính chất dịch tiết, tình trạng da xung quanh vết khâu, bờ( mép) vết thương.

- Người bệnh có kiến thức về tiến triển của vết khâu? Có thể tự chăm sóc vết thương?

**2. Chuẩn bị dụng cụ**

**2.1 Dụng cụ vô khuẩn trong khăn:**

- Một kiềm Kelly

- 1 nhíp không mấu.

- 1 kéo cắt chỉ.

- Chén chung đựng dung dịch sát khuẩn da.

- Gòn viên.

- Gạc miếng

**2.2 Dụng cụ ngoài khay:**

- Kềm gấp băng dơ

- Găng tay sạch

- Tấm lót không thấm

- Băng keo hoặc băng cuộn

- Túi đựng rác thải y tế.

- Chai dung dịch rửa tay nhanh.

- Thau đưng dung dịch khử khuẩn

**3. Người bệnh:** giải thích, động viên người bệnh

**4.** Hồ sơ bệnh án.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:**

**1. Quy trình kỹ thuật:**

* Báo, giải thích cho người bệnh.
* Chuẩn bị tư thế người bệnh thích hợp.
* Bộc lộ vùng vết khâu( giữ cho người bệnh được kín đáo và thoải mái).
* Đặt tấm lót không thấm phía dưới nơi vị trí vết khâu.
* Mang găng tay sạch.
* Tháo băng bẩn bằng kềm sạch hoặc găng tay sạch, sát khuẩn lại tay.
* Mở khăn mâm dụng cụ vô khuẩn.
* Lấy nhíp và kềm vô khuẩn an toàn.
* Dùng nhíp rửa vết khâu từ đường giữa, hai bên chân chỉ.
* Đặt gạc ở vị trí an toàn gần vết khâu.
* Dùng kéo cắt từng mối chỉ nhẹ nhàng. (Chỉ nằm trên da không được chui xuống dưới da).
* Đặt từng mối chỉ lên miếng gạc để kiểm tra sự nguyên vẹn của mối chỉ.
* Sát khuẩn lại vết khâu, rộng ra xung quanh 5 cm.
* Che chở vết khâu (rộng ra 5 cm).
* Cố định bông băng.
* Thu dọn dụng cụ, xử lý chất thải lây nhiễm đúng cách.
* Tháo găng tay.
* Báo cho người bệnh biết việc đã xong, cho người bệnh nằm lại tư thế tiện nghi.
* Vệ sinh tay thường qui.

**2. Ghi hồ sơ:**

* Ngày giờ cắt chỉ.
* Tình trạng vết khâu.
* Dung dịch, loại băng sử dụng.
* Phản ứng của người bệnh ( nếu có).
* Xử trí của người điều dưỡng( nếu có).
* Nội dung giáo dục sức khỏe cho người bệnh.
* Tên điều dưỡng thực hiện.

**VI. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý:**

- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn khi cắt chỉ vết khâu.

- Thời gian cắt chỉ vết khâu tùy thuộc vào chỉ định của bác sĩ điều trị.

- Trung bình 7- 14 ngày sau phẫu thuật, thủ thuật.

- Các vết khâu chịu lực: 14- 21 ngày.

- Thời gian để vết khâu càng lâu ( > 14 ngày) càng để lại sẹo.

- Tùy theo vị trí:

+ Mặt: 3-5 ngày + Chi trên: 8- 14 ngày

+ Cổ: 5- 8 ngày + Thân: 10-14 ngày

+ Da đầu: 7 - 9 ngày + Chi dưới 14 - 28 ngày

- Tùy theo tình trạng vết khâu và tình trạng người bệnh.

- Thao tác cắt chỉ nhẹ nhàng, tránh làm tổn thương da, chỉ trên da không được chui xuống dưới da.

- Quan sát tình trạng mép vết thương trong khi cắt chỉ.

- Kiểm tra các mối chỉ sau khi cắt giúp tránh để sót lại chỉ trong da/ đảm bảo tất cả mối chỉ đã được cắt.

- Sau khi cắt chỉ, có thể sử dụng loại keo dính sinh học hoặc băng dính đặc hiệu để cố định mép vết thương.

Tài liệu tham khảo:

*Điều dưỡng cơ bản II, nhà xuất bản y học 2008, Chủ biên: ThS: Trần Thị Thuận.*

*Quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ sở dựa trên chuẩn năng lực cơ bản, nhà xuất bản y học 2014, chủ biên: ThS. Đoàn Thị Anh Lê.*