

SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA Y DƯỢC
CỔ TRUYỀN – PHỤC HỒI CHỨC NĂNG



HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

An Giang, tháng 10 năm 2023

SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA Y DƯỢC
CỔ TRUYỀN – PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc



HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
BVĐK Y DƯỢC CỔ TRUYỀN – PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Biên soạn
PHỤ TRÁCH KHOA

Phê duyệt
PHÓ GIÁM ĐỐC

BS. Trần Thị Minh Thư

BS. CKII. Tôn Phước Thuận

KÝ HIỆU VIẾT TẮT

STT	Ký hiệu	Chú thích
1	CSTL	Cột sống thắt lưng
2	SHHN	Sinh hoạt hàng ngày
3	Test MoCA	Motreal cognitive assessment Đánh giá suy giảm nhận thức
4	BN	Bệnh nhân
5	PE	Pulmonary Embolism Thuyên tắc tĩnh mạch phổi
6	PHCN	Phục hồi chức năng
7	VAS	Visual Analog Scale Thang điểm đánh giá mức độ đau
8	FO	Foot Orthosis Nẹp chỉnh hình bàn chân
9	HKAFO	Hip-Knee- Ankle-Foot Orthosis Nẹp chỉnh hình hông đùi cẳng bàn chân
10	NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale Thang điểm đột quy
11	DVT	Deep vein thrombosis Bệnh huyết khối tĩnh mạch sâu
12	VLTL	Vật lý trị liệu
13	CKCE	Closed Kinetic Chain Exercises Các bài tập chuỗi đóng
14	OKCE	Opened Kinetic Chain Exercises Các bài tập chuỗi mở
15	HD	Hoạt động
16	GCS	Glasgow Coma Scale Thang điểm Glasgow
17	GMFM	Gross Motor Function Measure Thang công cụ đánh giá chức năng vận động thô
18	KTV	Kỹ thuật viên
19	MAS	Modified Ashworth Scale Thang điểm ASHWORTH cải biên (Thang điểm lượng giá trương lực cơ)
20	T.L.S.O	Thoraco-Lumbar Spinal Orthosis Áo nẹp chỉnh hình cột sống Ngực-Thắt lưng

21	MMSE	Mini Mental State Examination Thang đánh giá tâm thần tối thiểu
22	FIM	Functional Independence Measurement Bảng đánh giá mức độ độc lập chức năng
23	PUSH	Pressure Ulcer Scale of Healing Thang điểm theo dõi quá trình liền vết loét
24	KAFO	Knee-Ankle-Foot Orthosis Nẹp gối cổ bàn chân
25	AFO	Ankle-Foot Orthosis Nẹp cổ bàn chân
26	WHO	Wrist-Hand Orthosis Nẹp cổ bàn tay
27	FES	Functional Electrical Stimulation Kích thích điện chức năng
28	NMES	Neuromuscular Electrical Stimulation Kích thích điện thần kinh cơ

MỤC LỤC

STT	Tên Quy trình	Trang
	Vật lý trị liệu: Kỹ thuật viên trực tiếp điều trị cho bệnh nhân	
1	Quy trình kỹ thuật điều trị bằng sóng ngắn	1
2	Quy trình kỹ thuật điều trị bằng điện phân dẫn thuốc	3
3	Quy trình kỹ thuật điều trị bằng dòng điện một chiều đều	6
4	Quy trình kỹ thuật điều trị bằng các dòng điện xung	8
5	Quy trình kỹ thuật điều trị bằng dòng xung giao thoa	10
6	Quy trình kỹ thuật kích thích điện chức năng (FES)	12
7	Quy trình kỹ thuật điều trị bằng siêu âm	15
8	Quy trình kỹ thuật điều trị bằng máy kích thích liên xương	17
9	Quy trình kỹ thuật điều trị bằng tia hồng ngoại nhân tạo	20
10	Quy trình kỹ thuật đo liều sinh học trong điều trị tia tử ngoại	22
11	Quy trình kỹ thuật điều trị bằng tia tử ngoại tại chỗ	24
12	Quy trình kỹ thuật điều trị bằng tia tử ngoại toàn thân	26
13	Quy trình kỹ thuật điều trị bằng chườm lạnh	28
14	Quy trình kỹ thuật điều trị bằng Parafin	29
15	Quy trình kỹ thuật điều trị bằng ion khí	31

16	Quy trình kỹ thuật điều trị bằng Laser công suất thấp chiếu ngoài (Điều trị bằng Laser công suất thấp vào điểm vận động và huyết đạo)	33
17	Quy trình kỹ thuật điều trị Laser công suất thấp nội mạch	36
18	Quy trình kỹ thuật thủy trị liệu toàn thân (bể bơi, bồn ngâm)	39
19	Quy trình kỹ thuật thủy trị liệu cho người bệnh sau bỏng	42
20	Quy trình kỹ thuật điều trị bằng máy ép khí ngắt quãng	45
21	Quy trình kỹ thuật điều trị bằng máy kéo giãn cột sống	47
	Hoạt động trị liệu: Trực tiếp tập cho bệnh nhân hoặc hướng dẫn bệnh nhân	
22	Quy trình kỹ thuật tập sử dụng và điều khiển xe lăn	49
23	Quy trình kỹ thuật hướng dẫn người bệnh liệt hai chân ra vào xe lăn	52
24	Quy trình kỹ thuật hướng dẫn người bệnh liệt nửa người ra vào xe lăn	57
25	Quy trình kỹ thuật tập các chức năng sinh hoạt hàng ngày	60
26	Quy trình kỹ thuật tập các chức năng sinh hoạt hàng ngày với dụng cụ trợ giúp thích nghi	62
	Kỹ thuật thăm dò, lượng giá, chẩn đoán và điều trị phục hồi chức năng: Trực tiếp làm	
27	Quy trình kỹ thuật lượng giá chức năng người khuyết tật	65
28	Quy trình kỹ thuật lượng giá thực hiện hoạt động chức năng trong sinh hoạt hàng ngày	68
29	Quy trình kỹ thuật lượng giá chức năng tim mạch và hô hấp	70
30	Quy trình kỹ thuật lượng giá chức năng tri giác và nhận thức	73

31	Quy trình kỹ thuật lượng giá kỹ năng vận động trẻ bại não theo thang điểm GMFCS	76
32	Quy trình kỹ thuật lượng giá chức năng thăng bằng	83
33	Quy trình kỹ thuật lượng giá dáng đi	88
34	Quy trình kỹ thuật thử cơ bằng tay	90
35	Quy trình kỹ thuật đo tầm vận động khớp	92
36	Quy trình kỹ thuật lượng giá mức độ co cứng bằng thang điểm Ashworth cải biên (MAS)	94
37	Quy trình kỹ thuật nghiệm pháp đi 6 phút	96
38	Quy trình kỹ thuật nghiệm pháp đo thời gian đứng dậy và đi	99
39	Quy trình kỹ thuật nghiệm pháp dừng bước khi vừa đi vừa nói	101
40	Quy trình kỹ thuật nghiệm pháp Tinetti	103
41	Quy trình kỹ thuật lượng giá tâm trí tối thiểu MMSE	107
42	Quy trình kỹ thuật đánh giá nhận thức bằng test MOCA (Motreal Cognitive Assessment)	115
43	Quy trình kỹ thuật chăm sóc điều trị loét do đè ép độ I, II	120
44	Quy trình kỹ thuật chăm sóc điều trị loét do đè ép độ III, IV	123
	Dụng cụ chỉnh hình và trợ giúp: Hướng dẫn bệnh nhân sử dụng và bảo quản	
45	Quy trình kỹ thuật sử dụng tay giả trên khuỷu	126
46	Quy trình kỹ thuật sử dụng tay giả dưới khuỷu	129

47	Quy trình kỹ thuật sử dụng chân giả tháo khớp háng	132
48	Quy trình kỹ thuật sử dụng chân giả dưới gối	139
49	Quy trình kỹ thuật sử dụng nẹp trên gối có khớp háng (HKAF0)	143
50	Quy trình kỹ thuật sử dụng nẹp gối cổ bàn chân (KAFO)	145
51	Quy trình kỹ thuật sử dụng nẹp cổ bàn chân (AFO)	147
52	Quy trình kỹ thuật sử dụng nẹp bàn chân (FO)	149
53	Quy trình kỹ thuật sử dụng nẹp cổ bàn tay (WHO)	151
54	Quy trình kỹ thuật sử dụng áo nẹp cột sống thắt lưng cứng	153
55	Quy trình kỹ thuật sử dụng áo nẹp cột sống thắt lưng mềm	155
56	Quy trình kỹ thuật sử dụng áo nẹp chỉnh hình cột sống ngực thắt lưng (TLSO)	157
57	Quy trình kỹ thuật sử dụng giày, nẹp chỉnh hình điều trị các dị tật bàn chân (bàn chân bẹt, bàn chân lõm, bàn chân vẹo trong, bàn chân vẹo ngoài,..)	159
	Vận động trị liệu: Trực tiếp tập cho bệnh nhân hoặc hướng dẫn bệnh nhân	
58	Quy trình kỹ thuật tập vận động thụ động	161
59	Quy trình kỹ thuật tập vận động có trợ giúp	163
60	Quy trình kỹ thuật tập vận động chủ động	165
61	Quy trình kỹ thuật tập vận động tự do tứ chi	167
62	Quy trình kỹ thuật tập vận động có kháng trở	171

63	Quy trình kỹ thuật tập kéo dẫn	173
64	Quy trình kỹ thuật tập nằm đúng tư thế cho người bệnh liệt nửa người	177
65	Quy trình kỹ thuật tập tay và bàn tay cho người bệnh liệt nửa người	180
66	Quy trình kỹ thuật tập đứng và đi cho người bệnh liệt nửa người	182
67	Quy trình kỹ thuật đặt tư thế đúng cho người bệnh liệt tủy	185
68	Quy trình kỹ thuật tập lăn trở khi nằm	188
69	Quy trình kỹ thuật tập thay đổi tư thế từ nằm sang ngồi	190
70	Quy trình kỹ thuật tập ngồi thẳng bằng tĩnh và động	193
71	Quy trình kỹ thuật tập thay đổi tư thế từ ngồi sang đứng	197
72	Quy trình kỹ thuật tập dáng đi	199
73	Quy trình kỹ thuật tập đi trong với thanh song song	203
74	Quy trình kỹ thuật tập đi với khung tập đi	206
75	Quy trình kỹ thuật tập đi với gậy	208
76	Quy trình kỹ thuật tập đi với nạng	210
77	Quy trình kỹ thuật tập lên xuống cầu thang	212
78	Quy trình kỹ thuật di chuyển trên các địa hình	215
79	Quy trình kỹ thuật tập đi với chân giả trên gôi	217

80	Quy trình kỹ thuật tập đi với chân giả dưới gối	221
81	Quy trình kỹ thuật tập tạo thuận thần kinh cơ cảm thụ bản thể (PNF) chi trên	225
82	Quy trình kỹ thuật tập tạo thuận thần kinh cơ cảm thụ bản thể (PNF) chi dưới	230
83	Quy trình kỹ thuật tập tạo thuận thần kinh cơ cảm thụ bản thể (PNF) chức năng	233
84	Quy trình kỹ thuật tập với thang tường	236
85	Quy trình kỹ thuật tập với ròng rọc	238
86	Quy trình kỹ thuật tập với dụng cụ quay khớp vai	240
87	Quy trình kỹ thuật tập với dụng cụ chèo thuyền	242
88	Quy trình kỹ thuật tập với giàn treo các chi	244
89	Quy trình kỹ thuật tập thăng bằng với bàn bập bênh	247
90	Quy trình kỹ thuật tập với bàn nghiêng	250
91	Quy trình kỹ thuật tập với xe đạp tập	253
92	Quy trình kỹ thuật tập với ghế tập mạnh cơ tứ đầu đùi	255
93	Quy trình kỹ thuật tập các kiểu thở	257
94	Quy trình kỹ thuật kỹ thuật vỗ, rung lồng ngực	260
95	Quy trình kỹ thuật kỹ thuật kéo nắn trị liệu	263
96	Quy trình kỹ thuật kỹ thuật di động khớp	265

97	Quy trình kỹ thuật kỹ thuật di động mô mềm	268
98	Quy trình kỹ thuật tập vận động chuỗi đóng và chuỗi mở	270
99	Quy trình kỹ thuật kỹ thuật ức chế co cứng tay	273
100	Quy trình kỹ thuật kỹ thuật ức chế co cứng chân	275
101	Quy trình kỹ thuật kỹ thuật ức chế co cứng thân mình	277
102	Quy trình kỹ thuật tập điều hợp vận động	279
103	Quy trình kỹ thuật tập vận động cột sống	283
104	Quy trình kỹ thuật kỹ thuật xoa bóp toàn thân	290
105	Quy trình kỹ thuật kỹ thuật xoa bóp dẫn lưu	293
106	Quy trình kỹ thuật tập dưỡng sinh	297
107	Quy trình kỹ thuật thư giãn	300
108	Quy trình kỹ thuật tập vận động cho trẻ bị biến dạng cột sống (cong vẹo, gù, uốn)	304
109	Quy trình kỹ thuật kiểm soát tư thế và vận động cho người bệnh Parkinson	308
110	Quy trình kỹ thuật tập ngồi/đứng dậy từ sàn nhà	311
111	Quy trình kỹ thuật dịch chuyển sớm cho người bệnh đột quỵ não	313
112	Quy trình kỹ thuật tập bắt buộc tay bên liệt (CIMT)	319
113	Quy trình kỹ thuật gương trị liệu	321

114	Quy trình kỹ thuật giãn sườn	323
115	Quy trình kỹ thuật tập thở với dụng cụ	325
116	Quy trình kỹ thuật thở có trợ giúp	327
117	Quy trình kỹ thuật thở có kháng trở	329
118	Quy trình kỹ thuật tập tăng sức mạnh sức bền chi với dụng cụ	331

QUY TRÌNH KỸ THUẬT **ĐIỀU TRỊ BẰNG SÓNG NGẮN**

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị bằng sóng điện trường cao tần xoay chiều. Trong vật lý trị liệu thường sử dụng sóng ngắn có tần số 13,7 MHz và 27,3 MHz tương đương bước sóng 22 và 11m.

- Cơ chế tác dụng chính: tương tác điện trường cao tần đối với tổ chức sống và tăng nhiệt các mô bằng vợ chế nội nhiệt.

- Chỉ sử dụng điều trị cục bộ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chống viêm.

- Giảm sưng nề và máu tụ sau chấn thương, phẫu thuật.

- Tăng dinh dưỡng tổ chức tại chỗ.

- Giảm đau cục bộ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người có mang máy tạo nhịp tim.

- Các loại u ác tính u máu.

- Lao chưa ổn định.

- Bệnh máu, đang chảy máu hoặc đe dọa chảy máu.

- Thai nhi.

- Cơ thể suy kiệt nặng, suy tim, đang sốt cao.

- Người quá mẫn cảm với điện trường cao tần.

- Điều trị trực tiếp qua não, tủy sống, tim, vùng cơ thể có kim loại.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Phục hồi chức năng

- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Máy sóng ngắn cùng các phụ kiện, kiểm tra các thông số kỹ thuật.

4.3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh yên tâm.

- Tháo bỏ các dụng cụ kim loại như đồng hồ, đồ trang sức,...
- Kiểm tra vùng điều trị, nếu có mồ hôi hay nước ướt phải lau khô.

4.4. Tìm hiểu phiếu điều trị, chỉ định.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Chọn tư thế người bệnh phù hợp (nằm, ngồi), chọn và đặt điện cực đúng vị trí theo chỉ định.
- Đặt các thông số kỹ thuật như công suất, thời gian, chế độ biểu hiện trên máy.
- Kiểm tra giầy nối đất nếu có.
- Kiểm tra trường điện từ phát ra ở điện cực bằng đèn thử điều trị.
- Tắt máy khi hết thời gian, thăm hỏi người bệnh, ghi phiếu.

6. THEO DÕI

- Cảm giác và phản ứng của người bệnh.
- Hoạt động máy xê dịch điện cực cần điều chỉnh đúng và kiểm tra.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Điện giật: tắt máy, xử trí điện giật.
- Bỏng tại chỗ: xử trí như xử trí bỏng nhiệt.
- Ảnh hưởng của điện trường đối với kỹ thuật viên gây mệt mỏi, nhức đầu, rối loạn tế bào máu, kỹ thuật viên phải ngồi xa máy lúc vận hành ít nhất 3 mét, 6 tháng kiểm tra tế bào một lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 17).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ BẰNG ĐIỆN PHÂN DẪN THUỐC

1. ĐẠI CƯƠNG

Điện phân dẫn thuốc (Iontophoresis) là phương pháp dùng dòng điện một chiều (Galvanic) để đưa các thuốc có tính chất điện ly thẩm thấu qua da nhằm đạt được các mục đích điều trị cụ thể.

2. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau cục bộ (điện phân nivocain, dionin,...)
- Chống viêm (điện phân kháng sinh).
- Chống xơ sẹo (điện phân iốt).
- Một số bệnh mắt (đục thủy tinh dịch, đục nhân, sẹo giác mạc,...)
- Bổ sung các chất vi lượng, các chất điện phân và các vitamin trong điều trị: Suy dinh dưỡng, còi xương, chậm phát triển vận động,...
- Rối loạn giấc ngủ
- Rối loạn thần kinh thực vật
- Giảm và ức chế co cứng cơ.
- Tăng cường cơ lực.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vùng da tổn thương hở hoặc bỏng.
- Mất cảm giác da trong các bệnh đái tháo đường, phong, tổn thương thần kinh ngoại biên,...
- Không đặt điện cực trực tiếp trên vùng ngực ở người mang máy tạo nhịp tim.
- Bệnh ung thư.
- Người bệnh mất cảm với dòng điện một chiều.
- Người bệnh dị ứng với thuốc dùng để điện phân.
- Thận trọng với phụ nữ có thai, trẻ nhỏ dưới 3 tháng tuổi.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

- Bác sỹ Phục hồi chức năng.
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện:

- Máy điện phân và các phụ kiện kèm theo (điện cực, đệm điện cực, dây,...).
- Kiểm tra các thông số kỹ thuật của máy.
- Kiểm tra dây tiếp đất.
- Dụng cụ phương tiện cấp cứu choáng.

- Thuốc điện phân theo chỉ định. Tính cường độ theo mA/cm² điện cực.
- Một số thuốc và hàm lượng thường được sử dụng :

Thuốc	Thông số
Axit acetic	Dung dịch 2-5% cực âm
Canxi clorua	Dung dịch 2-5% cực dương
Dexamethasone	Dung dịch 4mg/ml cực âm
Hydrocortisone	Thuốc mỡ 0.5% cực dương
Lidocaine	Dung dịch, thuốc mỡ 2-5% cực dương
Magnesium sulphate	Dung dịch, thuốc mỡ 2% cực dương
Hyaluronidase	Dùng sau khi pha với Natri clorid 0,9%
Salicylat	Dung dịch natri salicylat 2-5% cực âm
Iốt (Iodua)	Dung dịch, thuốc mỡ 2-10% cực âm
Kali Bromua	Dung dịch 2-5% cực âm
Nivalin (Galantamin hydrobromide)	Dung dịch (ống 2,5mg/1ml hoặc 5mg/1ml), cực âm
Methylcoban (mecobalamin)	Dung dịch (ống 500µg/1ml), cực dương
Kẽm oxit	Mỡ 20% cực dương
Tolazoline hydrochloride	Dung dịch 2% cực dương

4.3. Người bệnh

- Giải thích để người bệnh yên tâm và hợp tác.
- Tư thế thuận lợi, an toàn.
- Kiểm tra vùng da điều trị.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chỉ định điều trị của chuyên khoa.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bước 1. Bộc lộ vùng da điều trị, làm sạch bề mặt.
- Bước 2. Chọn điện cực, xác định điện cực tác dụng và điện cực dẫn điện.
- Bước 3. Tắm thuốc vào tấm đệm điện cực theo chỉ định.
- Bước 4. Cố định chắc chắn các điện cực và tấm đệm điện cực để tránh xô dịch trong quá trình điều trị.
- Bước 5. Bật máy, tăng cường độ từ từ đến ngưỡng chỉ định. Cường độ dòng điện phân dẫn thuốc được tính trên cơ sở mA/cm² điện cực.

Dòng điện tác động	Galvanic Current
Cường độ dòng điện	0,01-1,0 mA/cm ² điện cực
Thời gian điều trị	30 phút

- Bước 6. Hết thời gian điều trị: giảm cường độ từ từ về 0.
- Bước 7. Tháo điện cực, kiểm tra vùng điều trị.
- Bước 8. Ghi hồ sơ bệnh án, thăm hỏi người bệnh.

6. THEO DÕI

- Cảm giác và phản ứng người bệnh: toàn thân, tại chỗ.
- Hoạt động của máy.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Điện giật: Tắt máy, xử trí điện giật.
- Bỏng (axit hoặc kiềm) tại chỗ: Ngừng điều trị, xử trí theo phác đồ, kiểm tra hoạt động của máy.
- Quá mẫn: Dị ứng da nơi đặt điện cực thuốc: Kiểm tra, xử trí theo phác đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2019), (Ban hành kèm theo Quyết định số 2520/QĐ-BYT ngày 18 tháng 6 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 179)
2. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 25)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ BẰNG DÒNG ĐIỆN MỘT CHIỀU ĐỀU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dòng điện một chiều đều (dòng Galvanic) là dòng điện có hướng và cường độ ổn định, không thay đổi theo thời gian.
- Khi dòng điện một chiều đều đi qua cơ thể gây nên hiện tượng phân ly và chuyển dịch các ion, từ đó được ứng dụng trong điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau (cực dương).
- Tăng khả năng vận động (cực âm). Loại trừ một số ion thuốc tại chỗ khi cần tiêm CaCl₂ ra ngoài tĩnh mạch.
- Tăng cường dinh dưỡng, tuần hoàn (vùng giữa hai điện cực).
- Điều hòa quá trình rối loạn về hưng phấn, ức chế của thần kinh trung ương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người mang máy tạo nhịp tim.
- Người bệnh bị ung thư.
- Người bệnh bị mẫn cảm với dòng điện một chiều.
- Suy tim độ III, chảy máu, nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh kích động, mất cảm giác, động kinh, trẻ em dưới 6 tháng tuổi.
- Thận trọng với phụ nữ có thai

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Phục hồi chức năng
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Máy điện thấp tần với các phụ kiện kèm theo như điện cực, tấm đệm điện cực, kiểm tra các thông số kỹ thuật của máy. Kiểm tra dây nối đất.
- Dụng cụ phương tiện cấp cứu choáng.

4.3. Người bệnh

- Giải thích để người bệnh yên tâm.
- Tư thế thoải mái, phù hợp với vùng điều trị.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu điều trị của chuyên khoa.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bộc lộ vùng cần điều trị, đặt và cố định điện cực theo chỉ định.

- Tiến hành điều trị, tăng, giảm cường độ điều trị từ từ.
- Hết thời gian điều trị: tắt máy, tháo điện cực, ghi phiếu điều trị.

6. THEO DÕI

- Phản ứng của người bệnh: toàn thân và tại chỗ.
- Theo dõi hoạt động của máy.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Điện giật: tắt máy và xử trí cấp cứu điện giật.
- Bỏng tại chỗ: ngừng điều trị, xử trí bỏng, kiểm tra hoạt động của máy, xử trí bỏng (do axit hoặc kiềm).
- Quá mẫn cảm: ngừng điều trị. Xử trí theo phác đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế -Trang 23)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ BẰNG CÁC DÒNG ĐIỆN XUNG

1. 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).

2. 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.

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Phục hồi chức năng
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. 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.

4.3. 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.

4.4. Hồ sơ bệnh án, phiếu điều trị

5. 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 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.

6. THEO DÕI

- Cảm giác và phản ứng người bệnh.
- Hoạt động của máy.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Điện giật: xử trí cấp cứu điện giật.
- Bỏng: Xử trí theo phác đồ bỏng axit hoặc kiềm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 27)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ BẰNG DÒNG XUNG GIAO THOA

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dòng giao thoa là dòng điện xung xoay chiều do sự giao thoa của hai hoặc nhiều dòng điện xung cùng đồng thời tác động tại một điểm hay một vùng tạo nên nhóm xung (xung bọc).

- Các dòng xung cơ bản thường là xoay chiều trung tần, xung tạo nên là nhóm xung cơ thể điện biến 10 – 20Hz và độ sâu 10-100%.

2. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau: sau chấn thương, phẫu thuật, đau thần kinh, đau cơ, xương, khớp...
- Kích thích cơ bị bại, liệt, đặc biệt liệt do tổn thương thần kinh ngoại biên, làm tăng cường sức cơ (thể dục điện).
- Kích thích cải thiện tuần hoàn ngoại vi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người mang máy tạo nhịp tim.
- Sốt cao, khối u ác tính, bệnh lao tiến triển.
- Mất cảm giác ở vùng điều trị.
- Trực tiếp trên những vùng da tổn thương, viêm cấp tính, thai nhi
- Nghi ngờ có gãy xương hay trật khớp, chảy máu hoặc nguy cơ bị chảy máu, huyết khối.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Phục hồi chức năng
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Máy điện xung có dòng giao thoa và các phụ kiện: kiểm tra các thông số kỹ thuật của máy.

4.3. 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.

4.4. Hồ sơ bệnh án, phiếu điều trị chuyên khoa

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt điện cực lên vùng điều trị theo chỉ định.
- Điều chỉnh cường độ dòng điện tăng dần theo cảm giác (co bóp, không đau).

- Hết thời gian điều trị: điều chỉnh cường độ dòng điện giảm dần về “0”, tắt máy, tháo điện cực.

- Kiểm tra vùng da đặt điện cực, thăm hỏi người bệnh, ghi chép hồ sơ.

6. THEO DÕI

- Cảm giác và phản ứng người bệnh.

- Hoạt động của máy.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Điện giật: và xử trí theo phác đồ.

- Dị ứng vùng da đặt điện cực: Xử trí theo phác đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 33)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT KÍCH THÍCH ĐIỆN CHỨC NĂNG (FES)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Kích thích điện chức năng (FES) là kỹ thuật sử dụng xung điện tần số thấp để tạo ra các cử động của cơ thể giúp cho những người bệnh bị liệt do tổn thương thần kinh thực hiện một chức năng cụ thể. FES đôi khi còn được gọi là kích thích điện cơ thần kinh (NMES).

- FES có thể được sử dụng để tạo ra sự co cơ trong các chi bị liệt để tạo nên các chức năng như cầm nắm, gấp duỗi, dạng khớp, đứng, đi bộ, kiểm soát chức năng bàng quang...

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương tủy sống: tập đứng và đi cho người bệnh liệt hai chân, tập chức năng bàn tay cho người liệt tứ chi và phục hồi chức năng ruột bàng quang.

- Đột quỵ não:

+ Điều trị đau vai, bán trật khớp vai bên liệt.

+ Tập chức năng vận động vai, sấp ngửa cẳng tay, gấp duỗi cổ tay và cầm nắm của chi trên bên liệt.

+ Chi dưới: tập đứng và đi với bàn chân rú.

- Các bệnh lý tổn thương thần kinh trung ương khác như xơ cứng rải rác, xơ cột bên teo cơ, viêm não, viêm não màng não, chấn thương sọ não, bại não...

- Các bệnh lý tổn thương thần kinh ngoại biên như viêm đa rễ đa dây thần kinh, bệnh lý đám rối, rễ, dây thần kinh...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Giảm cảm giác vùng điều trị.

- Dị ứng điện cực kích thích.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Phục hồi chức năng

- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Máy kích thích điện chức năng và các dụng cụ đi kèm.

4.3. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh hiểu và phối hợp trong khi thực hiện.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án chẩn đoán, xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán và phiếu chỉ định của bác sĩ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1 Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án và các phiếu chỉ định.

5.2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra người bệnh xem đúng chỉ định không.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Bước 1. Làm sạch chỗ đặt điện cực

- Làm sạch và khô, cạo lông chỗ đặt điện cực.

5.3.2. Bước 2. Lựa chọn điện cực

- Kích thích bằng điện cực bề mặt (trên da) hoặc dưới da (kích thích điện cực kim hoặc cấy ghép).

5.3.3. Bước 3. Đặt điện cực

- Điện cực âm: đặt ở trung tâm, điểm vận động của cơ.

- Điện cực dương: đặt đầu xa của cơ.

- Điện cực tham chiếu: không sử dụng để kích thích.

5.3.4. Bước 4. Đặt và hiệu chỉnh các thông số máy kích thích điện chức năng

- Cường độ: tăng dần cho đến khi đạt được mục đích điều trị và người bệnh không cảm thấy khó chịu.

- Độ rộng xung: 200-300 μ s.

- Loại xung: hình chữ nhật.

- Thời gian điều trị 5-20 phút/lần, tùy thuộc vào thể trạng người bệnh, tình trạng bệnh mà bác sĩ có chỉ định điều trị cụ thể.

5.3.5. Bước 5. Hướng dẫn tập chức năng phối hợp

Trong khi kích thích điện, hướng dẫn người bệnh thực hiện các động tác chức năng phối hợp của chi trên như gấp dạng vai, gấp duỗi khuỷu, sấp ngửa cẳng tay, gấp duỗi cổ tay, cầm nắm đồ vật,... hoặc của chi dưới như bước đi tại chỗ, đi bộ,...

5.3.6. Bước 6. Kết thúc điều trị

6. THEO DÕI

Nhân viên y tế theo dõi những phản ứng và cảm giác bất thường của người bệnh. Ghi chép hàng ngày vào hồ sơ bệnh án.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đau mỏi cơ: Nghỉ ngơi thư giãn.

- Điện giật: Tắt máy, xử trí theo phác đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 36)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ BẰNG SIÊU ÂM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Siêu âm là sóng âm thanh có tần số trên 20.000 Hz.
- Trong điều trị thường dùng siêu âm tần số 1 và 3 MHz với tác dụng chính sóng cơ học, tăng nhiệt và sinh học.
- Các kỹ thuật chính: trực tiếp, qua nước, siêu âm dẫn thuốc.

2. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau cục bộ.
- Giãn cơ.
- Viêm mãn tính.
- Xơ cứng, sẹo nông ở da.
- Dẫn một số thuốc vào tổ chức cục bộ (siêu âm dẫn thuốc).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trực tiếp lên các u, tinh hoàn, buồng trứng, thai nhi.
- Không điều trị trên tinh hoàn, tử cung đang có thai, đang hành kinh.
- Trực tiếp vùng khớp ở trẻ em.
- Không điều trị trên các đầu xương của trẻ em, nhất là phần sụn.
- Viêm tắc mạch.
- Không điều trị vùng phổi người bị lao đang tiến triển hoặc viêm hạch do lao.
- Viêm da cấp.
- Không điều trị vùng phổi người bệnh bị giãn phế quản.
- Trực tiếp vùng chảy máu, đe dọa chảy máu.
- * Thận trọng: Không thực hiện trên các vùng da bị tổn thương

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Phục hồi chức năng
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Máy điều trị siêu âm cùng các phụ kiện:
 - + Kiểm tra các thông số kỹ thuật của máy, kiểm tra dây đất nếu có.
 - + Thuốc siêu âm (siêu âm dẫn thuốc), chậu nước (siêu âm qua nước) nếu cần.
 - + Kiểm tra tần phát siêu âm theo quy định (giọt nước).

- Vật tư: Găng tay, mũ giấy, khẩu trang y tế, cồn sát khuẩn hoặc dung dịch khử khuẩn tay chứa cồn, khăn lau tay,...

4.3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh, người nhà: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra,...

- Tư thế người bệnh phải thoải mái: nằm hoặc ngồi.

- Bộc lộ và kiểm tra vùng da điều trị.

4.4. Hồ sơ bệnh án, phiếu điều trị chuyên khoa

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật

0,3 – 0,5 giờ

4.6. Địa điểm thực hiện

Phòng vật lý trị liệu

4.7. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh (Đánh giá tính chính xác của người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...)

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt các thông số kỹ thuật và cách điều trị theo chỉ định.

- Chọn gel thuốc theo chỉ định và tiến hành điều trị.

- Hết giờ tắt máy (bằng tay hoặc tự động).

- Kiểm tra vùng điều trị, thăm hỏi người bệnh, ghi chép hồ sơ.

6. THEO DÕI

- Cảm giác và phản ứng người bệnh.

- Hoạt động của máy.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Điện giật: Tắt máy và xử trí theo quy định.

- Dư ứng tại chỗ: Xử trí theo phác đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 29)

2. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2023), (Ban hành kèm theo Quyết định số 3665/QĐ-BYT ngày 28 tháng 09 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 13)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ BẰNG MÁY KÍCH THÍCH LIÊN XƯƠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tác động của sóng siêu âm xung cường độ thấp (LIPUS) đối với việc chữa lành xương là tăng sự kết dính, tăng tốc quá trình khoáng hóa và tái tạo xương.
- Có thể sử dụng dạng đầu phát tần số 1MHz hoặc 3MHz.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương, xương chậm liền.
- Khoảng cách giữa 2 đầu xương dưới 1cm, người bệnh được cố định đầy đủ.
- Có các bệnh lý/yếu tố gây chậm liền xương: Đái tháo đường, đang sử dụng liệu pháp steroid, hút thuốc lá, loãng xương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương mới hở độ II hoặc độ III, hoặc cần can thiệp phẫu thuật.
- Gãy cột sống và vỡ hộp sọ
- Vùng ngực người bệnh mang máy điều hòa nhịp tim.
- Người bệnh bị viêm nhiễm nghiêm trọng.
- Trên các da bị rách, hay điều trị trực tiếp trên vùng đang chảy máu, hoặc đe dọa chảy máu.
- Vùng bị huyết khối tắc mạch, thiếu năng mạch máu, loạn dưỡng.
- Khớp giả.
- Gãy xương bệnh lý do bệnh lý xương hoặc khối u/bệnh lý ác tính.
- Không điều trị trên các đầu xương, vùng khớp của trẻ em, nhất là phần sụn.
- Người bệnh đang mang thai hoặc cho con bú.

4. THẬN TRỌNG

Không thực hiện trên các vùng da bị tổn thương.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Nhân lực trực tiếp
 - + 1 Bác sĩ phục hồi chức năng
 - + 1 Kỹ thuật viên phục hồi chức năng
- Nhân lực hỗ trợ: không có

- Thuốc, gel siêu âm

- Vật tư: Găng tay, mũ giấy, khẩu trang y tế, cồn sát khuẩn hoặc dung dịch khử khuẩn tay chứa cồn, khăn lau vị trí điều trị.

5.2. Trang thiết bị

Máy kích thích liên xương cùng các phụ kiện

5.3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra ...

- Tư thế người bệnh phải thoải mái: nằm hoặc ngồi.

- Bộc lộ và kiểm tra vùng da điều trị. đảm bảo người bệnh không có các vật cấy ghép kim loại ở vùng điều trị, vùng da điều trị sạch sẽ và không bị trầy xước.

5.4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định hoặc phiếu điều trị chuyên khoa.

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật

0,3 – 0,5 giờ

5.6. Địa điểm thực hiện

Phòng vật lý trị liệu

5.7. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh (đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật,...).

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Chọn đầu phát thích hợp với vùng điều trị.
- Đặt đai cố định đầu phát vào vùng điều trị.
- Xoa gel siêu âm lên đầu phát.
- Đặt đầu phát vào đai cố định đầu phát rồi đậy nắp.
- Nhấn và giữ nút POWER trong khoảng 1,5 giây.
- Cắm đầu phát cho đến khi nghe tiếng tách ở chốt hãm.
- Chọn cường độ và tần số xung thích hợp. Tần số thấp cho vùng điều trị sâu, tần số cao hơn cho vùng điều trị nông.
- Đặt thời gian điều trị: 15 – 20 phút/lần.
- Hết giờ tắt máy (bằng tay hoặc tự động).
- Kiểm tra vùng điều trị, thăm hỏi người bệnh, ghi chép hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Cảm giác và phản ứng người bệnh.
- Hoạt động của máy.
- Điện giật: Tắt máy và xử trí theo quy định.
- Dị ứng tại chỗ: Xử trí theo phác đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2023), (Ban hành kèm theo Quyết định số 3665/QĐ-BYT ngày 28 tháng 09 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 18)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ BẰNG TIA HỒNG NGOẠI NHÂN TẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hồng ngoại nguồn nhân tạo do các loại đèn hồng ngoại phát ra có công suất khác nhau.

- Tác dụng chủ yếu là nhiệt nóng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau, giãn cơ, tăng cường lưu thông máu ngoại vi.

- Chống viêm: mạn tính.

- Sưởi ấm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vùng da vô mạch, mất cảm giác.

- Các bệnh ngoài da cấp tính.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu.

- Điều dưỡng viên (đã được học khóa ngắn hạn về vật lý trị liệu).

4.2. Phương tiện

Đèn hồng ngoại theo chỉ định công suất.

4.3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh.

- Bộc lộ và kiểm tra vùng điều trị, chọn tư thế thuận lợi.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu điều trị chuyên khoa.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Chiều đèn theo các theo các thông số chỉ định (công suất đèn, khoảng cách, thời gian)

- Kiểm tra da vùng điều trị, thăm hỏi người bệnh, ghi chép hồ sơ.

5. THEO DÕI

Cảm giác và phản ứng người bệnh.

6. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Bỏng da xử trí theo phác đồ.

- Choáng váng: nằm nghỉ ngơi theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 35).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐO LIỀU SINH HỌC TRONG ĐIỀU TRỊ TIA TỬ NGOẠI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Liều sinh học của bức xạ tử ngoại là thời gian tối thiểu để gây được hiện tượng đỏ da tối thiểu trên một người nhất định với một nguồn tử ngoại để cách xa 50cm và chiếu thẳng góc (vuông góc) vào da.

- Liều sinh học (LSH) chỉ có ý nghĩa với từng người và một chiếc đèn nhất định, không áp dụng cho người khác và đèn khác.

2. CHỈ ĐỊNH

Đo liều sinh lý để tính liều điều trị trên mỗi bệnh nhân.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những trường hợp dị ứng với tử ngoại.
- Những trường hợp không có chỉ định điều trị với tử ngoại.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phục hồi chức năng.
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Đèn tử ngoại.
- Thước đo (thước Goc-ba-chen): là một tấm kim loại hoặc bằng bìa có 6 lỗ hình chữ nhật và một thanh trượt có thể đóng hoặc mở các lỗ đó.

4.3. Người bệnh

Cần giải thích tác dụng và cách thức tiến hành để có sự hợp tác với người đo.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra tên, các chỉ số nhân học, bệnh học, kiểm tra chỉ định.
- Cần ghi rõ vùng chỉ định đo.
- Ngày, giờ tiến hành thủ thuật, dự tính ngày giờ đọc kết quả.
- Ghi cụ thể kết quả đo được để từ đó tính liều điều trị.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ: Đối chiếu hồ sơ với tên thực của người bệnh về chẩn đoán, chỉ định.

- Kiểm tra người bệnh: Bộc lộ vùng đo, khám kiểm tra để đảm bảo vùng đo không bị tổn thương hoặc có dấu hiệu bất thường gì.

- Vị trí đo: Thường đo ở vùng cơ thể nhạy cảm nhất như vùng ngực, lưng, mặt trước trong cánh tay.

- Thực hiện kỹ thuật: Cố định thước lên da sao cho tấm kim loại luôn áp sát mặt da, đẩy thanh trượt che kín cả 6 lỗ. Đèn tử ngoại đặt cách xa 50 cm và chiếu thẳng góc với mặt da. Lần lượt kéo thanh trượt để hở lỗ thứ nhất 15 giây, rồi kéo tiếp để hở lỗ thứ hai 15 giây, cứ tiếp tục như vậy đến lỗ thứ 6 thì tắt đèn và tháo thước ra. Như vậy lỗ thứ nhất được chiếu 90 giây, các lỗ tiếp theo ít hơn 15 giây so với lỗ trước nó, đến lỗ thứ 6 chỉ được chiếu 15 giây. Sau khi đo xong, dặn người bệnh không được gãi hoặc chà xát lên vùng da vừa đo, không uống rượu bia, không để vùng da đó tiếp xúc với nắng.

- Đọc kết quả: Sau 18-24 giờ (thông thường sau 6-8 giờ đã thấy hiện tượng đỏ da) khi đọc kết quả thấy 1 trong 3 biểu hiện sau:

+ Tất cả 6 lỗ đều không thấy đỏ da: do liều tử ngoại quá thấp, cần đo lại với liều cao hơn (tăng công suất đèn hoặc thời gian chiếu mỗi lỗ).

+ Thấy một số lỗ đỏ da có bờ viền rõ, chọn lỗ nào đỏ da ít nhất nhưng còn nhìn rõ bờ viền, thời gian chiếu của lỗ đó là LSH.

+ Cả 6 lỗ đều đỏ da rõ: là do liều quá cao, cần đo lại với liều giảm đi.

- Trong thực hành điều trị, để rút ngắn bớt thời gian chiếu người ta có thể để đèn vào gần da hơn (nhưng không được để khoảng cách quá gần, dưới 20-30 cm). Cường độ của bức xạ tử ngoại tỷ lệ nghịch với bình phương khoảng cách và được tính theo công thức :

$$T = A \times \frac{B^2}{C^2}$$

Trong đó: T là thời gian điều trị cần tìm (tính bằng phút/giây).

A là liều sinh học (tính bằng phút/giây).

B là khoảng cách để đèn xa da (tính bằng cm).

C là khoảng cách khi đo liều sinh học (bằng 50 cm).

6. THEO DÕI

- Tình trạng dị ứng.

- Tình trạng sức khỏe của người bệnh nói chung.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Mắt nhìn rát: liên quan do bóng tử ngoại. Xử trí: khi chiếu bệnh nhân đeo kính râm. Khi bị rát nhỏ thuốc mắt lidocain 1%.

- Dị ứng tia tử ngoại: bôi thuốc chống dị ứng, mỡ nitrat bạc vùng dị ứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 57)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ BẰNG TIA TỬ NGOẠI TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tử ngoại trị liệu tại chỗ là chiếu trực tiếp đèn tử ngoại lên một vùng quy định.
- Đèn tử ngoại dùng trong điều trị có công suất khác nhau.
- Là thời gian tối thiểu để một nguồn tia tử ngoại chiếu thẳng góc với bề mặt da với khoảng cách 50cm, sau 6-8 giờ xuất hiện đỏ da đều.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chống viêm cấp tính cục bộ.
- Viêm loét.
- Một số bệnh ngoài da, vẩy nến (kết hợp).
- Một số bệnh tai mũi họng (đèn tử ngoại chuyên biệt).
- Một số bệnh nội tạng theo phản xạ đốt đoạn.
- Kết hợp trong điều trị vẩy nến.
- Điều trị theo phản xạ đốt đoạn.
- Đo liều sinh học trước điều trị tử ngoại với đèn nhất định.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Lao phổi tiến triển.
- Đang sốt cao, xuất huyết.
- Người mẫn cảm với tia tử ngoại.
- Chiếu trực tiếp lên mắt.
- Chàm cấp tính.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Phục hồi chức năng
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện:

- Đèn tử ngoại: đèn đã dùng đo liều sinh học hoặc cùng công suất
- Các phụ kiện (kính bảo vệ mắt, vải che, thước dây, đồng hồ phút).

4.3. Người bệnh

Giải thích dặn dò không nhìn vào đèn đang sáng.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu vật lý trị liệu.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bộc lộ nơi điều trị lau khô, đeo kính bảo vệ mắt, che phần da không điều trị.
- Xác định khoảng cách theo chỉ định và liều sinh học đã đo. Chiếu trực tiếp vùng điều trị 2-3 phút theo liều chỉ định.
- Hết thời gian điều trị, tắt đèn, kiểm tra vùng da đã chiếu, thăm hỏi người bệnh, ghi chép phiếu điều trị.

6. THEO DÕI

- Cảm giác và phản ứng của người bệnh.
- Khoảng cách đèn bị xô dịch.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Bỏng da do quá liều hoặc đèn đổ: xử trí theo bỏng da do nhiệt nóng.
- Dị ứng da tại chỗ do quá mẫn cảm: tìm hiểu ngừng điều trị hoặc giảm liều.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 38)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ BẰNG TIA TỬ NGOẠI TOÀN THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật chiếu tử ngoại toàn thân hay còn gọi là tắm tử ngoại.
- Tác dụng chính gây hiệu ứng lý và sinh học đối với cơ thể
- Điều trị từng người hay nhóm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Để bù đắp lại sự thiếu hụt ánh sáng mặt trời (sống trong nơi thiếu ánh sáng).
- Tăng sức đề kháng của cơ thể, phục hồi sức khỏe sau khi khỏi bệnh, dự phòng trong các vụ dịch.
- Phòng và điều trị còi xương, chậm phát triển vận động ở trẻ em.
- Một số bệnh rối loạn chuyển hóa và thần kinh chức năng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Lao phổi tiến triển.
- Ung thư.
- Cường giáp trạng (Basedow).
- Cơ thể quá suy kiệt, đang sốt, đang xuất huyết.
- Quá mẫn cảm với tia tử ngoại.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Phục hồi chức năng
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Đèn tử ngoại: phù hợp, kiểm tra các thông số kỹ thuật.
- Các phụ kiện: Kính bảo vệ mắt, vải che, đồng hồ phút, thước đo khoảng cách.
- Phòng điều trị kín đáo

4.3. Người bệnh

Giải thích, chỉ dẫn tư thế phù hợp (nằm, đứng).

4.4. Hồ sơ bệnh án: phiếu điều trị vật lý.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Điều trị cho một người

- Cởi bỏ quần áo, che cơ quan sinh dục ngoài, che mặt, đeo kính bảo vệ mắt.
- Bật đèn trước 2-3 phút.

- Xác định khoảng cách từ đèn đến bề mặt da của cơ thể người bệnh, thường từ 70-100cm. Chiều đèn phía trước và phía sau cơ thể, liềm lần đầu và tăng dần các lần sau theo chỉ định.

- Hết thời gian tắt đèn, kiểm tra và thăm hỏi, dặn dò người bệnh.

- Ghi chép phiếu điều trị.

5.2. Điều trị cho một nhóm hay tập thể

- Dự phòng trong một số vụ dịch.

- Dùng đèn có công suất cao (500-1000w) và có thể phát tử ngoại ra xung quanh (đèn tròn đứng).

- Đèn để giữa, người cần chiếu lần lượt đi chậm theo một vòng quanh đèn khoảng cách 2-3m tùy công suất đèn.

- Không cần cởi quần áo, đeo kính hoặc không nhìn vào đèn.

- Trong vụ dịch nhiều tập thể ngày 1 lần và liên tục 5 đến 7 ngày.

6. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Phần lớn do quá mẫn cảm (hoa mắt, chói sáng): Nghỉ ngơi theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 40)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ BẰNG CHUỒM LẠNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Thường dùng túi nước lạnh, nước đá (0 độ C đến 18 độ C), điều trị cục bộ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau, giảm phù nề và xuất huyết dưới da trong chấn thương cấp.
- Hạ nhiệt.
- Hạn chế quá trình viêm cấp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Co cơ cục bộ, tổ chức xơ sẹo, viêm tắc mạch chi.
- Trực tiếp lên thai nhi.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Phục hồi chức năng
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Túi nước lạnh, nước đá tan, bọc đã vụn, khăn.

4.3. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu điều trị chuyên khoa.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bộc lộ vùng điều trị.
- Chườm lạnh 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.

6. THEO DÕI

Người bệnh: cảm giác và phản ứng của người bệnh.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Bỏng lạnh tại chỗ : Ngừng điều trị, xử trí theo bỏng lạnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 44)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ BẰNG PARAFIN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phương pháp điều trị truyền nhiệt trực tiếp bằng Parafin nóng. Parafin sử dụng trong y học phải trung tính, không lẫn hóa chất khác, độ nóng chảy 55-60 độ C.
- Có nhiều kỹ thuật điều trị Parafin, chỉ đề cập điều trị Parafin đắp ngoài.

2. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau, giãn cơ.
- Viêm mạn tính.
- Giãn mạch ngoại vi, tăng tuần hoàn cục bộ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương cấp, nhiễm trùng cấp.
- Đang truyền máu, đe dọa chảy máu.
- Sốt cao, quá suy kiệt.
- Dị ứng với parafin, bệnh ngoài da.
- Mất cảm giác.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Phục hồi chức năng
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Vật liệu

- Parafin.
- Nồi nấu parafin.
- khay đựng.
- Các phụ kiện khác (khăn, nilon, bao cát, nhiệt kế, chổi quét).
- Giường hoặc ghế ngồi.

4.3. Người bệnh

- Giải thích để người bệnh yên tâm.
- Tư thế người bệnh thoải mái, phù hợp.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu điều trị chuyên khoa.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đun parafin nóng chảy đổ vào khay, ủ nóng để đắp theo quy định.
- Bọc lộ vùng điều trị kiểm tra da, đặt miếng parafin phủ nilon, đắp khăn ủ và cố định bằng bao cát.
- Kỹ thuật quét hoặc nhúng parafin nóng chảy cho các vùng theo chỉ định nhiều lần đến khi lớp parafin bọc ngoài dày 1 hoặc 2 mm theo chỉ định và quần ủ khăn:
 - + Thời gian theo chỉ định.
 - + Kết thúc điều trị: gỡ parafin kiểm tra lau khô, dặn dò người bệnh, ghi phiếu điều trị.

6. THEO DÕI

- Cảm giác và phản ứng người bệnh.
- Sau điều trị dị ứng mẫn ngứa.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Bỏng nhẹ (vùng da mỏng, trong parafin có nước): xử trí theo phác đồ.
- Dị ứng với parafin: ngừng điều trị, xử trí theo phác đồ, kiểm tra parafin (có lẫn hóa chất không) cần làm sạch tuân theo quy định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 45)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ BẰNG ION KHÍ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Trong khí quyển trái đất luôn tồn tại hai loại ion khí âm (-) và dương (+) với tỷ lệ xấp xỉ nhau (ion âm /ion dương bằng 1-1,2 lần). Các ion khí nhẹ, thường là các ion âm ảnh hưởng tốt đối với sức khỏe.

- Các ion khí nhân tạo sử dụng trong y học được tạo ra từ nhiều nguồn khác nhau, nhưng đơn giản và thông dụng nhất là tạo ra một trường điện thế cao một chiều (khoảng 6000 V) và cho phóng ra không khí những điện tích giống như máy tĩnh điện.

2. CHỈ ĐỊNH

- Điều chỉnh các rối loạn thần kinh thực vật có liên quan đến thay đổi thời tiết hay khi phải làm việc trong môi trường không khí không thoáng đãng, như hội chứng suy nhược thần kinh, mệt mỏi, bứt rứt, huyết áp dao động, mất ngủ, đau đầu, một số bệnh liên quan đến dị ứng (hen phế quản, viêm mũi dị ứng...).

- Phòng bệnh: dùng trong các phòng làm việc đóng kín cửa, có nhiều người ở, trong xe ô tô,... để cải thiện bầu không khí tù túng, giữ cho sức làm việc của cơ thể tăng thêm, có thể tập trung suy nghĩ, chú ý được lâu hơn, người tỉnh táo, phản xạ thần kinh được nhanh hơn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối với người bệnh tâm thần kích động.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Phục hồi chức năng
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Máy điều trị ion khí
- Kiểm tra máy và các thông số kỹ thuật của máy.
- Bàn đặt máy, ghế ngồi.

4.3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh trước khi điều trị, đặc biệt trong những lần điều trị đầu tiên hay người bệnh là trẻ em, phụ nữ, người già,...

- Tư thế người bệnh phải thoải mái, tốt nhất là ở tư thế ngồi hoặc nằm.

4.4. Hồ sơ bệnh án

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh ngồi hoặc nằm thoải mái ở phía trước máy với khoảng cách thích hợp (từ 0,2 mét tới 1 mét), hít thở sâu và đều trong suốt thời gian điều trị.

- Liều lượng: thông thường sử dụng nồng độ $1-3.10^6$ ion/cm³ với thời gian điều trị từ 5-30 phút/lần. Khi dùng với mục đích dự phòng hay chữa các bệnh mạn tính như bụi phổi, viêm phế quản mạn tính, viêm tai mũi họng mạn tính,... thường sử dụng nồng độ ion thấp hơn, khoảng $1-4.10^4$ ion/cm³ với thời gian kéo dài từ 1-8 giờ.

- Ở một số nơi công cộng như phòng làm việc, phòng hồi sức cấp cứu... người ta thường đặt các thiết bị tạo ion khí phát liên tục nhằm cải thiện môi trường làm việc và hầu như không thấy tác dụng phụ.

- Hết thời gian điều trị: tắt máy và bảo quản theo quy định.

- Kiểm tra, dặn dò người bệnh.

6. THEO DÕI

- Trong quá trình điều trị: theo dõi phản ứng và các diễn biến bất thường của người bệnh (choáng váng, chóng mặt, sợ hãi...).

- Sau khi điều trị: hỏi cảm giác của người bệnh xem có gì bất thường không? Ghi hồ sơ bệnh án.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Hầu như không có tai biến hay tác dụng phụ trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 69)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT
ĐIỀU TRỊ BẰNG LASER CÔNG SUẤT THẤP CHIẾU NGOÀI
(ĐIỀU TRỊ BẰNG LASER CÔNG SUẤT THẤP VÀO ĐIỂM VẬN ĐỘNG VÀ
HUYỆT ĐẠO)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Laser là một hình thức điều trị bằng nguồn ánh sáng đơn sắc đặc biệt.
- Cơ chế tạo ra tia laser dựa trên hiện tượng khuếch đại ánh sáng bằng bức xạ cưỡng bức.
- Laser thường sử dụng là laser khí He-Ne và các laser bán dẫn (semi-conductor laser) phát tia trong vùng ánh sáng đỏ hoặc vùng hồng ngoại (gần).

2. CHỈ ĐỊNH

- Chống viêm các loại, bao gồm: viêm cấp tính, bán cấp hay mạn tính, viêm của tổ chức phần mềm (da, cơ), xương khớp, nội tạng...
- Giảm đau: đau do chấn thương, đau thần kinh, đau xương khớp, đau điểm...
- Kích thích tái tạo mô, làm nhanh liền sẹo vết thương, vết loét.
- Điều hoà tuần hoàn và hoạt hóa hệ thần kinh trung ương (laser nội mạch).
- Điều trị trên huyết đạo (laser châm): chỉ định vị trí huyết giống như huyết dùm trong châm cứu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có bệnh ác tính nặng, sốt, u, lao, suy kiệt, bệnh truyền nhiễm cấp tính.
- Đang chảy máu hoặc đe dọa chảy máu.
- Người bệnh không đồng ý điều trị.
- Chiếu trực tiếp vào mắt.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng.
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu, người hành nghề y được đào tạo.

4.2. Người bệnh

- Giải thích để người bệnh hiểu, hợp tác trong điều trị.
- Nằm hoặc ngồi tư thế thoải mái trong khi điều trị.
- Bộc lộ da vùng điều trị. Với các vết thương vết loét nên được thay băng làm sạch dịch mủ và các mô hoại tử bề mặt.

4.3. Phương tiện

- Máy laser công suất thấp.
- Dụng cụ dẫn tia laser: dây quang sợi và/hoặc đầu mở rộng tia.
- Đầu chiếu tia laser: dạng ống, bút, kim laser.

- Băng dính cố định đầu chiếu tia laser.
- Băng còn sát trùng da và dụng cụ chiếu laser.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ các thông tin về người bệnh, chỉ định điều trị rõ ràng.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Chọn các tham số kỹ thuật cần thiết tùy theo loại laser đã chọn, bao gồm

- Bước sóng laser.
- Công suất đầu phát laser.
- Chế độ phát xung hay liên tục, tần số lặp lại xung.
- Cường độ chùm tia laser: tính bằng mật độ công suất (với laser liên tục) hay mật độ năng lượng (với laser xung).
- Đặt thời gian điều trị (tự động trên máy hay bằng đồng hồ hẹn giờ bên ngoài).

5.2. Chiếu chùm tia laser vào vùng điều trị (qua dây quang sợi hoặc đầu mở rộng tia). Áp dụng các kỹ thuật chiếu laser

- Chiếu chùm: chiếu chùm tia laser bao phủ lên toàn bộ bề mặt vùng tổn thương bằng đầu mở rộng tia hoặc bằng kỹ thuật quét chùm tia laser (di chuyển hình xoay ốc hoặc hình dích dắc).

- Chiếu điểm: chiếu chùm tia laser trực tiếp lên vị trí điểm vận động.
- Chiếu lên huyết (laser châm): chiếu chùm tia laser trực tiếp lên vị trí của huyết đạo. Áp dụng công thức huyết giống như trong châm cứu theo Y học cổ truyền.
- Lưu ý:

+ Chùm tia laser phải được chiếu vuông góc với bề mặt da bộ phận cơ thể điều trị.

+ Có thể dùng băng dính cố định đầu phát tia lên bề mặt da tại vị trí huyết đạo trong quá trình điều trị.

+ Tránh để chùm tia laser chiếu trực tiếp vào mắt có thể làm tổn thương võng mạc đáy mắt.

+ Thời gian điều trị phụ thuộc vào loại bệnh lý, cường độ của đèn laser.

5.3. Kết thúc điều trị

- Khi hết thời gian điều trị: chỉnh cường độ về “0” rồi tắt công tắc nguồn.
- Một số máy có chế độ hẹn giờ tự động, thì máy sẽ tự động ngừng phát tia khi hết thời gian điều trị mà vẫn giữ nguyên giá trị của các tham số kỹ thuật cho lần điều trị tiếp theo.
- Tháo đầu phát laser khỏi vị trí điều trị. Khử trùng đầu phát và dây quang sợi bằng cồn 70 độ rồi đặt về vị trí bảo quản.
- Kiểm tra vị trí chiếu tia xem có biểu hiện gì bất thường hay không.
- Dẫn dò người bệnh những điều cần thiết trước khi về.

6. THEO DÕI

6.1. Trong khi điều trị

- Theo dõi hoạt động của máy, các thông số, chùm tia.
- Phản ứng của người bệnh, đặc biệt khi chiếu trên huyết (laser châm).

6.2. Sau khi điều trị

Ghi chép diễn biến sau điều trị: tình trạng người bệnh, tình trạng vùng điều trị.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Vụng châm: ít khi xảy ra. Nếu có, dừng điều trị, xử trí theo quy định.
- Bảo đảm an toàn theo nhóm laserãI và IIIa (cần nhìn trực tiếp).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 36)

2. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 30)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ LASER CÔNG SUẤT THẤP NỘI MẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

Laser công suất thấp nội mạch là hình thức điều trị bằng cách đưa nguồn laser vào bên trong lòng mạch máu thông qua một kim dẫn quang (kim laser) để chiếu tia laser trực tiếp lên các tế bào máu và các thành phần khác của máu có tác dụng cải thiện dòng máu và điều hòa hoạt động chức năng cơ thể.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh tim: nhồi máu cơ tim, thiếu máu cơ tim, loạn nhịp tim,...
- Bệnh não: thiếu năng tuần hoàn não, đau đầu có nguyên nhân mạch máu, chấn thương sọ não, di chứng đột quy não, sa sút trí tuệ ở người lớn tuổi,...
- Bệnh mạch máu: suy giãn tĩnh mạch chi dưới.
- Suy thận.
- Gout.
- Một số bệnh khác: đau thắt lưng, đau sống cổ, đau thần kinh tọa, viêm khớp, đau khớp, liệt thần kinh VII trung ương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh ưa chảy máu.
- Nhồi máu cơ tim cấp.
- Đột quy não cấp (trong vòng 72 giờ đầu).
- Có các bệnh truyền nhiễm kèm theo.
- Người bệnh không đồng ý điều trị.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng.
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Máy laser công suất thấp: laser He-Ne hoặc laser bán dẫn.
- Dụng cụ dẫn tia laser: dây quang sợi.
- Đầu chiếu tia laser: dạng kim laser (kim quang) hoặc dạng đầu phát tia laser.
- Băng dính cố định đầu chiếu tia laser.
- Băng côn sát trùng da và dụng cụ chiếu laser.
- Băng, côn sát trùng, dây ga-rô, kim tiêm nhựa, găng tay cao su vô khuẩn,...

4.3. Người bệnh

- Giải thích để người bệnh hiểu, hợp tác trong điều trị.

- Tốt nhất ở tư thế nằm thoải mái trong khi điều trị. Bộc lộ da vùng tĩnh mạch (ven) để đưa kim laser/ đầu phát tia laser vào điều trị.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ các thông tin về người bệnh, chỉ định điều trị rõ ràng.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Chọn các tham số kỹ thuật cần thiết tùy theo loại laser đã chọn, bao gồm

- Bước sóng laser.
- Công suất đầu phát laser.
- Chế độ phát xung hay liên tục, tần số lặp lại xung.
- Cường độ chùm tia laser: tính bằng mật độ công suất (với laser liên tục) hay mật độ năng lượng (với laser xung).
- Đặt thời gian điều trị (tự động trên máy hay bằng đồng hồ hẹn giờ bên ngoài).

5.2. Bước 2. Chiếu chùm tia laser vào vùng điều trị (qua dây quang sợi hoặc đầu phát tia). Áp dụng các kỹ thuật chiếu laser

- Chiếu nội mạch: dùng kim truyền tĩnh mạch thông thường (loại có nòng) đâm qua da vào trong lòng tĩnh mạch (kỹ thuật như truyền tĩnh mạch), rút nòng kim ra rồi nhanh chóng luồn kim laser vào trong lòng kim truyền sao cho đầu kim laser nằm hẳn vào trong lòng tĩnh mạch. Nối kim dẫn quang với nguồn phát tia laser (máy laser). Băng cố định kim vào da không để xô dịch trong quá trình điều trị. Bật máy phát tia laser, đặt thời gian và bắt đầu tiến hành điều trị.

- Chiếu trên tĩnh mạch nông (cẳng tay hoặc khoeo chân) hoặc tĩnh mạch dưới lưỡi: dùng đầu phát tia laser chiếu trên da vùng tĩnh mạch nông hoặc đặt dưới lưỡi để chiếu vào hệ thống tĩnh mạch dưới lưỡi.

- Điều trị hàng ngày, thời gian từ 30-60 phút/lần.

Lưu ý: Đảm bảo vô trùng trong quá trình làm thủ thuật và điều trị laser nội mạch. Đối với kỹ thuật chiếu laser ngoài tĩnh mạch cần chú ý đặt chùm tia laser sát trên bề mặt da/niêm mạc vùng tĩnh mạch, có thể băng cố định lại. Tránh để chùm tia laser chiếu trực tiếp vào mắt có thể làm tổn thương võng mạc đáy mắt.

5.3. Bước 3. Kết thúc điều trị

- Khi hết thời gian điều trị tắt máy, rút kim hoặc tháo đầu phát tia laser ra khỏi vị trí tĩnh mạch vừa chiếu. Khử trùng dụng cụ và bảo quản theo quy định.
- Kiểm tra vị trí chiếu tia xem có biểu hiện gì bất thường hay không.
- Dẫn dò người bệnh những điều cần thiết trước khi về.

6. THEO DÕI

6.1. Trong khi điều trị

- Theo dõi hoạt động của máy, các thông số, chùm tia.
- Phản ứng của người bệnh, đặc biệt khi chiếu nội mạch.

6.2. Sau khi điều trị

Ghi chép diễn biến sau điều trị: tình trạng toàn thân, tình trạng tại chỗ của người bệnh.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Vụng châm: ít khi xảy ra. Nếu có, dừng điều trị, xử trí theo quy định.
- Chảy máu: do vỡ, thủng tĩnh mạch trong quá trình thao tác điều trị bằng laser nội mạch. Xử trí: tháo kim, băng ép lại.
- Nhiễm trùng, lây nhiễm chéo: ít xảy ra nếu tuân thủ đúng chế độ vô trùng. Nếu có, xử trí theo phác đồ chống nhiễm trùng quy định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 33)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỦY TRỊ LIỆU TOÀN THÂN (BỂ BOI, BỒN NGÂM)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thủy trị liệu là hình thức sử dụng nước tác động vào bề mặt ngoài của cơ thể (da) với mục đích trị liệu.

- Thủy trị liệu ứng dụng các tính chất vật lý tổng quát của nước, bao gồm: thủy nhiệt (truyền dẫn, bức xạ, đối lưu, bốc hơi nhiệt), thủy động (sức nổi, va chạm cơ học, áp suất thủy tĩnh) và thủy hóa học (sục khí carbonic, khoáng chất, hóa chất...).

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Tắm bồn ngâm toàn thân

- Là phương pháp nhúng toàn thân người bệnh vào trong nước ngập đến cằm. Tùy theo nhiệt độ, tính chất nước, thời gian nhúng mà có các hiệu quả khác nhau.

- Tắm nhúng toàn thân được chỉ định điều trị viêm khớp, viêm cơ mạn tính, bệnh gout, viêm dây thần kinh, đau dây thần kinh, tăng tiết mồ hôi, giảm mệt mỏi và giảm co cứng cơ sau tập luyện,...

2.2. Tắm bể bơi

- Là hình thức tập vận động ở dưới nước, kết hợp tác dụng của nước ấm và động tác tập.

+ Giảm áp lực lên khớp

+ Thư giãn, làm dịu cơn

- Tắm bể bơi được chỉ định điều trị tình trạng bệnh lý của cơ quan vận động: viêm thấp khớp, bệnh lý thần kinh (liệt nửa người, liệt hai chi dưới, viêm da thần kinh), các trường hợp chỉnh trực (sau gãy xương, chấn thương hay phẫu thuật), bệnh trẻ em (bại não, bại liệt),...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sốt và nhiễm trùng ở giai đoạn cấp, viêm khớp cấp, viêm đau dây thần kinh cấp, bệnh co thắt động mạch vành, suy tim.

- Động kinh, mất kiểm soát đại-tiểu tiện, phụ nữ đang hành kinh, các bệnh ngoài da, vết thương nhiễm trùng, bệnh nhiễm trùng hô hấp đang tiến triển...

- Rối loạn cảm giác nóng lạnh, bệnh tuần hoàn ngoại vi giai đoạn nặng, đái tháo đường,...

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Phục hồi chức năng

- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Bể bơi

- Bồn ngâm

- Các dụng cụ trợ giúp: tay nắm, phao, cầu,...
- Các dụng cụ tập luyện: thanh song song, bóng, tạ,...

4.3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh trước khi điều trị, đặc biệt trong những lần điều trị đầu tiên hay người bệnh là trẻ em, phụ nữ, người già,...
- Khám, lượng giá người bệnh trước và sau khi tập: tình trạng da, lực cơ, tầm vận động khớp, sự điều hợp và thăng bằng, khả năng hoạt động di chuyển
- Tư thế người bệnh phù hợp với phương pháp điều trị lựa chọn (tắm bồn hay bể bơi).

4.4. Hồ sơ bệnh án

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Tắm nhúng toàn thân trong bồn nước

- Cho nước vào bồn ngập đến cằm người bệnh. Kỹ thuật viên điều chỉnh tăng dần nhiệt độ nước lên tới 37,8 độ C để tạo thư giãn cơ tối đa.
- Có thể kết hợp xoa bóp dưới nước bằng tay hoặc bằng máy phun tia nước áp lực để làm tăng hiệu quả tắm ngâm.
- Thời gian ngâm nước 20-30 phút.
- Kết thúc điều trị lau khô người bằng khăn mát.

5.3.2. Tắm bể bơi

- Sử dụng bể bơi có đáy bể nâng lên hạ xuống được để điều chỉnh độ sâu ngập nước tùy theo yêu cầu điều trị.
- Nhiệt độ nước khoảng 35,5-36,6 độ C.
- Hướng dẫn người bệnh thực hiện các bài tập ở dưới nước (tập tay, chân, tập di chuyển) với lực trợ giúp hoặc lực kháng cản, sử dụng các dụng cụ hỗ trợ tập như thanh song song, rào cản, bậc thang, tạ, bóng,... Người bệnh có thể tập riêng hoặc tập theo nhóm dưới sự hướng dẫn và giám sát của kỹ thuật viên.
- Thời gian tập trong nước trung bình khoảng 20 phút.
- Kết thúc điều trị lau khô người bằng khăn mát.

6. THEO DÕI

- Trong quá trình điều trị: thường xuyên hỏi cảm giác và theo dõi phản ứng của người bệnh xem có gì bất thường không? (nóng, lạnh, mệt xỉu,...).
- Sau khi điều trị: hỏi cảm giác của người bệnh xem có gì bất thường không? Ghi hồ sơ bệnh án.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Bỏng: do tắm ngâm nước quá nóng, vì vậy phải thử cảm giác nóng lạnh của người bệnh trước khi điều trị. Khi xảy ra bỏng cần xử trí theo quy định về bỏng nhiệt.

- Nhiễm lạnh: do tắm ngâm nước quá lạnh hoặc tắm quá lâu. Biểu hiện: người bệnh rùng mình hoặc run, người nổi da gà, môi tái. Xử trí: ngừng điều trị và ủ ấm.

- Kiệt sức: người bệnh ngâm nước nóng quá lâu sẽ bị trụy tim mạch do giãn mạch quá độ và thoát mồ hôi. Biểu hiện: choáng váng, khó chịu, buồn nôn, da xanh, chân tay lạnh, vã mồ hôi, huyết áp thấp, mạch nhanh, nhịp thở nhanh nông. Đề phòng: không nên điều trị với nước quá nóng và cho người bệnh uống nước có pha ít muối trong thời gian điều trị.

- Đuối nước: Tai nạn nặng. Cần nhanh chóng đưa người bệnh ra khỏi hồ nước và xử trí theo quy định về đuối nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 53)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỦY TRỊ LIỆU CHO NGƯỜI BỆNH SAU BỎNG

1. ĐỊNH NGHĨA

- Thủy trị liệu có nhiều tác dụng như làm sạch vết thương bỏng, loại bỏ các chất bẩn, dị vật, chất hoại tử đang bong, rụng trên bề mặt vết bỏng,... làm mềm mô xơ, sẹo, giảm co kéo, giảm đau, hỗ trợ cho các khớp bị co rút vận động dễ dàng hơn giúp cho quá trình tập phục hồi chức năng của người bệnh sau bỏng thuận lợi và hiệu quả hơn.

- Chú ý đảm bảo nguyên tắc an toàn và vô khuẩn: nước tắm vô khuẩn, bồn tắm vô khuẩn, người tắm vô khuẩn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị viêm da, vết thương, vết loét chậm liền sau bỏng.
- Sẹo xấu, sẹo co kéo, sẹo tăng cảm (hay ngứa), mỗm cụt đau sau bỏng.
- Viêm, đau dây thần kinh sau bỏng.
- Chuẩn bị cho xoa bóp, day sẹo, tập vận động phục hồi chức năng sau bỏng.
- Cứng khớp, teo cơ, suy mòn sau bỏng.
- Trước khi thay băng người bệnh bỏng bị viêm da, khớp, cơ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Thủy trị liệu bằng nước nóng

- Đối với vết thương nhiễm khuẩn nặng (không nên điều trị toàn thân).
- Các khối u (cả u lành và u ác tính).
- Tắc động mạch hay tĩnh mạch.
- Các trường hợp mất hay giảm cảm giác nóng lạnh.
- Người bệnh bỏng (có rối loạn tâm thần).
- Bệnh tim mạch, hô hấp, thận (không điều trị toàn thân).

3.2. Thủy trị liệu bằng nước lạnh

- Tăng huyết áp.
- Trạng thái thần kinh hưng phấn.
- Người bệnh suy nhược cơ thể nặng, thiếu máu.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Phục hồi chức năng
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Chậu, bồn ngâm, vòi tia, máy tạo áp lực, tạo xoáy, bề tập vận động, hoá chất, thuốc, chăn ủ,...

- Bình đun nước nóng.
- Các chất pha, trộn vào nước (muối khoáng, nguyên tố vi lượng, sữa tắm, lá chè, ngải cứu, tía tô, lá tre, cúc tần,... hoặc nước sắc các loại lá trên).
- Khăn lau, khăn ủ.
- Nhiệt kế bách phân.
- Máy đo huyết áp.

4.3. Người bệnh

Giải thích quy trình điều trị, chuẩn bị tâm lý tốt cho người bệnh.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép tỉ mỉ tình trạng, triệu chứng của người bệnh trước và sau khi tắm.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Chuẩn bị phương tiện điều trị

- Nước có nhiệt độ thích hợp từ 20-40⁰C (cảm giác từ lạnh đến ấm, nóng hoặc rất nóng).
- Có các muối khoáng và nguyên tố vi lượng.
- Có pha thuốc hoặc sữa tắm, tạo bọt, một số vị thuốc đông y như lá chè, ngải cứu, tía tô, lá tre, cúc tần... hoặc nước sắc các loại lá trên.
- Máy và phương tiện: Chậu, bồn ngâm, vòi tia, máy tạo áp lực, tạo xoáy, bể tập vận động, hoá chất, thuốc, chăn ủ...

5.2. Bước 2. Chuẩn bị người bệnh

- Kiểm tra mạch huyết áp (nếu cần).
- Tắm sạch trước lúc vào bồn, vào bể điều trị (tắm vòi bình thường).
- Hướng dẫn người bệnh hiểu tác dụng và cách điều trị.

5.3. Bước 3. Tiến hành điều trị

5.3.1. Ủ ấm cục bộ hay toàn thân

- Dùng vải/ khăn bông nhúng nước vắt còn ẩm, rồi phủ trực tiếp lên cơ thể.
- Ủ lạnh: nước 20-30⁰C.
- Ủ ấm: nước 34-46⁰C.
- Thường sau 30 phút do điều nhiệt của cơ thể và bốc hơi, nên khô dần, nếu cần ủ tiếp có thể thay vải ẩm khác. Thường mỗi lần điều trị 30 phút đến 1 giờ (tùy theo chỉ định). Sau đó lau khô và nằm hoặc ngồi nghỉ 5-10 phút.

5.3.2. Thủy liệu cục bộ hay toàn thân

- Thực hiện kỹ thuật tắm ngâm cục bộ hay toàn thân. Nhiệt độ nước: mát (25-30⁰C); trung tính (33-34⁰C), ấm (35-36⁰C); nóng (37-40⁰C); rất nóng (trên 40⁰C).
- Tắm cục bộ (tay, chân, hạ bộ): dùng chậu thùng.
- Tắm toàn thân (trừ đầu, mặt): bồn tắm 150-200 lít.

- Thời gian: mỗi lần 5-10 phút đối với nước lạnh, mát và nóng; 15-30 phút đối với ấm và trung hoà.

- Sau khi tắm ngâm, lau khô và nằm nghỉ 5-10 phút.

5.3.3. Xoa bóp dưới nước bằng tia nước

Bồn nước ấm 200-300 lít, người bệnh vừa tắm ngâm vừa dùng tia nước dưới áp lực bắn vào từng vùng cơ thể (lưng, mông, chân, tay) kiểu xoa day, mỗi lần 15-30 phút.

6. THEO DÕI

- Ý thức, nhịp thở, mạch, huyết áp của người bệnh trong quá trình điều trị.

- Tình trạng đau đớn, nhiễm lạnh hoặc chảy máu tại vết thương bỏng,...

7. XỬ TRÍ VÀ TAI BIẾN

- Điện giật: đảm bảo an toàn về điện đối với máy có dùng nguồn điện.

- Đảm bảo an toàn về nhiệt độ: dùng nhiệt kế hoặc hệ thống đo tự động để kiểm tra và kiểm soát nhiệt độ nước tắm, đặc biệt trong tắm ngâm và tắm hơi nước (có thể mệt xỉu, có thể nhiễm lạnh, bỏng, trụy tim mạch,...).

- Đảm bảo an toàn về áp lực tia nước: có thể gây tổn thương cơ, mạch máu, thần kinh,... cho nên cần có hệ thống kiểm tra áp suất.

- Đảm bảo an toàn tim mạch ở người già; chết đuối, chết ngạt ở trẻ em.

- Xử lý nếu có chảy máu tại vết thương bỏng.

- Chống ô nhiễm nước: có thể gây bệnh ngoài da hoặc một số cơ quan như mắt, tai mũi họng, sinh dục,... cho nên cần đảm bảo vệ sinh và kiểm tra chất lượng nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 44)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ BẰNG MÁY ÉP KHÍ NGẮT QUÃNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Kỹ thuật điều trị bằng máy ép khí ngắt quãng là kỹ thuật sử dụng thiết bị nén khí ngắt quãng nhằm phục hồi hoặc ngăn ngừa nhiều bệnh khác nhau.

- Hệ thống nén khí ngắt quãng được chứng minh là phù hợp cho hoạt động lưu thông, tuần hoàn máu, giảm phù nề, chống đông máu, cải thiện tình trạng thiếu máu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dự phòng huyết khối tĩnh mạch.
- Phù nề do bạch huyết: sau phẫu thuật cắt bỏ mạch bạch huyết (ví dụ: do cắt bỏ tuyến vú...).
- Phù nề cấp tính: sau phẫu thuật, sau bỏng, đái tháo đường.
- Phù nề sau liệt thân kinh trung ương: tổn thương tuỷ sống, đột quỵ não.
- Phù nề sau liệt thân kinh ngoại biên.
- Phù nề sau chấn thương, bong gân,...
- Xơ cứng tĩnh mạch, bệnh giãn tĩnh mạch, suy tĩnh mạch mạn tính, suy động mạch.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Suy tim, cao huyết áp.
- Tiền sử huyết khối tĩnh mạch (DVT), tắc mạch phổi (PE).
- Lở loét vùng da điều trị, bỏng.
- Hoại tử cấp tính kèm theo sốt và phát ban đỏ.
- Viêm vùng ngoại vi nghiêm trọng.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Phục hồi chức năng
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Tên, số lượng của thiết bị, dụng cụ, vật tư tiêu hao (định hướng, ước lượng,...).

4.3. Người bệnh

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ các thông tin về người bệnh, chỉ định điều trị rõ ràng.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Bước 1. Bật công tắc nguồn ON/OFF → Đợi 2-3 giây → máy hoạt động.
- Bước 2. Kiểm tra thủ tục hành chính, xác định đúng người, đúng chỉ định.
- Bước 3. Giải thích về phương pháp điều trị cho người bệnh biết, để họ an tâm và phối hợp trong quá trình điều trị.
- Bước 4. Đặt người bệnh ở tư thế thuận lợi cảm thấy thư giãn, không căng thẳng; kỹ thuật viên dễ thao tác trong lúc điều trị.
- Bước 5. Cắm ống nối với bao cuộn sao cho đầu dây tạo thành 1 đường thẳng.
- Bước 6. Đưa bao cuộn vào ống chân, tay bệnh nhân.
- Bước 7. Đặt người bệnh ở tư thế nằm, đeo bao cuộn vào chân hẹn thời gian 20 phút, tăng áp lực đến mức vừa phải, thường xuyên phải thăm hỏi cảm giác người bệnh, nếu thấy đau thì phải hạ áp lực hoặc nhẹ có thể tăng thêm áp lực.
- Bước 8. Khi hết thời gian điều trị, máy sẽ báo tín hiệu âm thanh tháo bao cuộn để gọn vào 1 vị trí.

6. THEO DÕI

Luôn kiểm tra và hỏi thăm xem người bệnh có thấy khó chịu hay không.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chưa thấy có các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 55)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ BẰNG MÁY KÉO GIÃN CỘT SỐNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Kéo giãn cột sống bằng máy dựa trên nguyên lý cơ học có điều chỉnh lực kéo, chế độ, thời gian theo chỉ định lên cột sống.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thoái hóa cột sống.
- Thoát vị đĩa đệm.
- Viêm cột sống dính khớp.
- Hội chứng đau lưng và thắt lưng do nguyên nhân ngoại vi (cơ, dây chằng).
- Gù, vẹo và biến dạng cột sống.
- Người bệnh tăng huyết áp có chỉ định kéo giãn cột sống khi đã được kiểm soát huyết áp bằng thuốc.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tồn thương thực thể cột sống: ung thư, lao, viêm tủy áp xe vùng lưng.
- Chấn thương cột sống có gãy xương biến dạng.
- Bệnh lý tủy sống và ống sống.
- Thoái hóa cột sống có các cầu xương nối các đốt sống.
- Viêm cột sống dính khớp nặng.
- Loãng xương nặng.
- Người bệnh suy kiệt.
- Trẻ em < 6 tuổi.
- Suy tim độ 3,4.
- Trong cơn tăng huyết áp.
- Phụ nữ có thai, đang có kinh nguyệt.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Phục hồi chức năng
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Máy kéo giãn cột sống cố, hệ thống bàn kéo và các phụ kiện khác. Kiểm tra các thông số kỹ thuật của máy

4.3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh.
- Cố định trên bàn hoặc ghế kéo đúng tư thế.

- Hướng dẫn người bệnh sử dụng công tắc an toàn.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu điều trị chuyên khoa.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Cố định đai kéo tùy theo vùng điều trị theo đúng chỉ định.
- Đặt các thông số trên máy tùy theo chỉ định (lực kéo, chế độ, thời gian) Kéo theo chương trình hay điều chỉnh bằng tay.
- Bấm nút kéo.
- Kết thúc điều trị: tháo bỏ đai cố định, thăm hỏi người bệnh để người bệnh nằm nghỉ tại chỗ 5-10 phút, ghi chép hồ sơ.

6. THEO DÕI

- Cảm giác và phản ứng của người bệnh
- Tình trạng hoạt động của máy

7. TAI BIẾN, XỬ TRÍ

- Đau chói vùng kéo giãn: ngừng kéo giãn, kiểm tra, xử trí theo phác đồ.
- Đau tăng dần và kéo dài: kiểm tra, ngừng kéo giãn hoặc giảm lực kéo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2019), (Ban hành kèm theo Quyết định số 2520/QĐ-BYT ngày 18 tháng 6 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 182)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

KỸ THUẬT TẬP SỬ DỤNG VÀ ĐIỀU KHIỂN XE LĂN

1. 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

2. CHỈ ĐỊNH

- Liệt tứ chi
- Liệt hai chân.
- Vết thương chưa lành.
- Thời kỳ dưỡng sức (bệnh tim).
- Thời kỳ không chịu sức nặng (gãy xương).
- Cụt hai chân

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Xe lăn tay, ghế ngồi, tấm ván lướt, đai thắt lưng an toàn, thanh song song.

4.3. Người bệnh

Phải hợp tác và được giải thích rõ mục đích tập luyện.

4.4. 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.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. 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.

5.3.2. Cách mở xe lăn

- Đẩy hai thanh hai bên chỗ ngồi xuống 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).

5.3.3. Cách điều khiển xe lăn

a) Cách đẩy xe lăn

- Cầm 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.

b) 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.

c) 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.

6. THEO DÕI

Dùng dây thắt lưng an toàn giúp cho người bệnh khỏi ngã về phía trước trong trường hợp cơ đuôi lưng bị yếu.

7. 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 lý trị liệu.

- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 231).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH LIỆT HAI CHÂN RA VÀO XE LĂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Xe lăn là phương tiện để nâng đỡ cơ thể và giúp cho người bệnh di chuyển được dễ dàng.

2. CHỈ ĐỊNH

Dùng trong trường hợp người bệnh liệt hai chân không thể đi lại được

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Xe lăn tay, ghế ngồi, tấm ván lướt, đai thắt lưng an toàn, thanh song song.

4.3. Người bệnh

Phải hợp tác và được giải thích rõ mục đích tập luyện.

4.4. 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.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Di chuyển từ giường sang xe lăn và ngược lại

a) 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 nhắc người lên cho đến khi mặt hướng vào tường.

+ Chống hai tay lùi dần về phía xe.

- + Hai tay lần lượt 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 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.

b) 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 45 độ 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

c) 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 cứng hai chi dưới.

- Từ giường qua ghế sang xe lăn:

+ KTV đặt ghế song song và sát giường; đặt xe lăn thẳng góc với ghế.

+ Người bệnh ngồi dậy, 2 chân thông 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 tay lên ghế để tay phía xa xe và 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.

d) Từ giường qua xe lăn dùng tấm ván bắc ngang

Chỗ để tay không lấy ra được. Phương pháp này dùng cho những người bệnh không thể nhắc người lên từ giường qua xe bằng các phương pháp trên.

- Từ giường sang xe lăn:

+ Kỹ thuật viên đặt xe nghiêng góc 45° 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 thông 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.

- 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.

5.3.2. 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 và nhắc 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, nhắc 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).

5.3.3. Di chuyển từ xe lăn xuống sàn nhà, đệm

a) 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 nhắc từng chân xuống.

- Từ sàn nhà, đệm lên xe lăn: Lưng người bệnh hướng về phía xe và chống 2 tay nhắc người lên từng bậc.

b) Xuống trực tiếp với sàn hoặc dùng 1 tầng 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 tầng 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 nhắc từng chân duỗi ra.

- Dùng ghế nhỏ cao bằng 1/2 xe lăn:

+ Dùng 2 tay chống lên chỗ để tay nhắc người xuống ghế nhỏ.

+ Dùng tay duỗi từng chân ra.

+ Chống 2 tay lên ghế, nhắc thân mình xuống sàn.

+ Dùng tay duỗi 2 chân ra.

- Chú ý: nhớ khóa xe chắc, kỹ thuật viên giữ ở lưng xe không để xe bị lật úp.

5.3.4. Trường hợp giường cao hơn xe

a) 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 nhắc 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 KTV khác hay thân nhân giúp nâng phụ hai chân người bệnh.

+ KTV vòng tay qua nách người bệnh (người bệnh khoanh tay) nhắc người bệnh lên khỏi xe cùng lúc với người phụ chân người bệnh lên khỏi xe.

b) Di chuyển từ giường qua xe: làm ngược lại.

5.3.5. 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.
- Phương pháp này phòng ngừa người bệnh bị ngã ra sau (xe lăn có thể bị lấy đi mà người bệnh không biết)

6. 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.

7. 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 lý trị liệu.
- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 234).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH LIỆT NỬA NGƯỜI RA VÀO XE LĂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Xe lăn là phương tiện để nâng đỡ cơ thể và giúp cho người bệnh di chuyển được dễ dàng.

2. CHỈ ĐỊNH

Dùng trong trường hợp người bệnh liệt nửa người không thể đi lại được

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Xe lăn tay, ghế ngồi, tấm ván lướt, đai thắt lưng an toàn, thanh song song.

4.3. Người bệnh

Phải hợp tác và được giải thích rõ mục đích tập luyện.

4.4. 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.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Di chuyển từ giường sang xe lăn và ngược lại

a) Từ giường sang xe lăn

- Xe lăn để nghiêng góc 45 độ phía bên chi mạnh.
- Khóa xe, đẩy chỗ tựa chân qua một bên.
- Người bệnh ngồi dậy, thông chân ra cạnh giường (đặt bàn chân chạm đất).
- Đặt tay lành lên chỗ để tay của xe, người bệnh đứng lên trên chân lành
- Xong chuyển tay lành qua chỗ để tay phía xa của xe.
- Xoay người gập khuỷu và từ từ ngồi xuống xe.

- Dùng chân lạnh gạt chỗ để chân xuống và nhấc chân yếu (bằng chân lạnh) lên chỗ để chân.

- Mở khóa di chuyển xe đi.

b) Trường hợp người bệnh yếu

- Trợ giúp một phần:

+ KTV đứng phía bên liệt, giữ người bệnh bằng đai quanh thắt lưng.

+ Đầu gối KTV ấn giữ cho đầu gối yếu của người bệnh duỗi thẳng.

- Trợ giúp hoàn toàn: Trường hợp này bên chi lành của người bệnh yếu

+ Kỹ thuật viên dùng gối đẩy, tấn gối chân lành của người bệnh để người bệnh chịu sức nặng trên chân lành.

+ Hai tay kỹ thuật viên giữ đai thắt lưng giúp nâng chịu

+ Xoay mình người bệnh từ từ qua xe và ngồi xuống.

c) Từ xe lăn sang giường

- Đẩy xe lăn nghiêng góc 45 độ với giường, phía bên chi lành

- Khóa xe, đạp hai chỗ tựa chân qua bên.

- Chống tay lành lên chỗ để tay của xe, đứng lên.

- Chống tay lành xuống giường, xoay người ngồi xuống.

5.3.2. Di chuyển từ xe lăn sang ghế có hai chỗ để tay

- Từ xe lăn sang ghế:

+ Xe đặt thẳng góc với ghế phía bên chi lành

+ Khóa xe, đạp hai chỗ để chân qua 1 bên

+ Chống tay mạnh lên chỗ để tay xe, đứng lên

+ Đặt tay lành lên chỗ để tay của ghế phía xa

+ Xoay bàn chân lành, từ từ ngồi xuống ghế.

- Từ ghế sang xe lăn: làm ngược lại (Ghế đặt phía bên lành của người bệnh).

5.3.3. Di chuyển từ xe lăn đứng lên trong thanh song song

- Xe đặt sát thanh song song, khóa xe, đẩy chỗ tựa chân qua một bên.

- Dùng tay lành đặt lên thanh song song.

- Kỹ thuật viên trợ giúp chân yếu, và dùng hai tay giúp nâng người lên bằng cách kéo đai thắt lưng.

6. 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.

7. 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 240).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP CÁC CHỨC NĂNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chức năng sinh hoạt hàng ngày là các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày của con người, bao gồm ăn uống, tắm rửa, mặc quần áo,...

- Tập chức năng sinh hoạt hàng ngày là ứng dụng các bài tập chức năng để giúp cho người bệnh, người khuyết tật phục hồi lại các chức năng trên.

2. CHỈ ĐỊNH

Mất hoặc giảm khả năng thực hiện các chức năng sinh hoạt hàng ngày do bệnh tật mắc phải, tai nạn hoặc bẩm sinh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đang trong giai đoạn cấp của bệnh.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Kỹ thuật viên hoạt động trị liệu.
- Kỹ thuật viên PHCN.

4.2. Phương tiện

- Phương tiện hỗ trợ thích hợp cho tập các chức năng sinh hoạt hàng ngày.
- Đồ vật có các hình dạng kích thước khác nhau.
- Bàn tập, ghế tập, giường tập.
- Tủ, khay đựng đồ vật.
- Gương tập.
- Phòng trung chuyển gồm có các ghế người bệnh tập luyện trước khi ra viện.
- Dụng cụ thích nghi.

4.3. Người bệnh

Được giải thích về mục đích, phạm vi, mức độ, thời gian, kỹ thuật tập các chức năng sinh hoạt hàng ngày.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Chẩn đoán bệnh, chức năng, phát hiện đánh giá và theo dõi kết quả tập.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Lượng giá khiếm khuyết của người bệnh

5.2. Bước 2. Phân tích ảnh hưởng của khiếm khuyết lên chức năng

Mất hoặc giảm khả năng ăn uống, tắm rửa, mặc quần áo, vui chơi giải trí?

5.3. Bước 3. Lập mục tiêu điều trị tổng quát thích hợp

- Thực hiện được các sinh hoạt hàng ngày: ăn uống, tắm giặt, mặc quần áo,....

- Sử dụng các dụng cụ trợ giúp thích hợp

5.4. Bước 4. Lập chương trình điều trị theo mục tiêu.

5.5. Bước 5. Thực hiện chương trình điều trị

- Ăn bằng tay, bằng thìa: tập sử dụng bàn tay và các dụng cụ thích nghi
- Uống nước bằng cốc: tập sử dụng bàn tay và các dụng cụ thích nghi
- Rửa tay, mặt, tắm, chải đầu: tập sử dụng bàn tay cầm lược, xà phòng, khăn tắm và các dụng cụ thích nghi
- Vệ sinh: tập thăng bằng ngồi, chức năng bàn tay cầm giấy vệ sinh, vòi nước rửa hoặc gáo nước, sử dụng dụng cụ thích nghi
- Cởi mặc quần áo: Tập luyện nhận biết về cơ thể; các kỹ năng về cảm giác (nhìn, nhận thức, xúc giác); các kỹ năng vận động (chủ động, vận động của khớp, điều hợp, thăng bằng và cân bằng, kiểm soát cánh tay và bàn tay, với và cầm nắm, buông đồ vật; tập các kỹ năng về tri giác nhận thức (tập trung chú ý, trí nhớ,...).

5.6. Bước 6. Đánh giá hiệu quả của chương trình điều trị

Đánh giá sau tập luyện 1 tuần, 2 tuần, 4 tuần, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm,...

6. THEO DÕI

6.1. Trong khi tập

- Xem người bệnh có mệt, khó chịu.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở và tình trạng toàn thân.
- Theo dõi hàng ngày và ghi vào hồ sơ bệnh án theo dõi
- Báo cho bác sĩ những diễn biến bất thường.

6.2. Sau khi tập

- Người bệnh có mệt kéo dài.
- Theo dõi tiến triển của tâm vận khớp.
- Theo dõi hàng ngày và ghi vào hồ sơ bệnh án theo dõi
- Báo cho bác sĩ những diễn biến bất thường...

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Trong khi tập

Kết quả làm người bệnh bị mệt thì ngừng tập và theo dõi sát người bệnh.

7.2. Sau khi tập

Mệt kéo dài và tình trạng toàn thân người bệnh có biểu hiện bất thường thì ngừng tập và xử trí tai biến đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 255).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP CÁC CHỨC NĂNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY VỚI DỤNG CỤ TRỢ GIÚP THÍCH NGHI

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Dụng cụ trợ giúp thích nghi là những sản phẩm, dụng cụ, trang thiết bị hoặc hệ thống kỹ thuật được người khuyết tật, được chế tạo đặc biệt hoặc có sẵn ngoài thị trường, dành để phòng ngừa, hỗ trợ cho người khuyết tật độc lập càng nhiều càng tốt trong đời sống hàng ngày.

1.2. Các loại dụng cụ

a) Dụng cụ để điều trị và tập luyện

Thanh song song, gối và nệm chống loét

b) Dụng cụ dành để chăm sóc cá nhân và bảo vệ

Dụng cụ dành cho tiểu không tự chủ; quần áo thích nghi và dụng cụ mặc cởi quần áo; ghế ngồi và miếng nâng bàn cầu; ghế ngồi; ghế khoét lỗ để ngồi tắm hoặc đi vệ sinh; ghế ngồi và thảm để tắm chống trượt; thanh tựa để đi vệ sinh; dụng cụ để tắm rửa, để lau, để tắm bằng vòi sen

c) Dụng cụ để vận động cá nhân

Ván dịch chuyển, thang dây; miếng nâng người; gậy, khung tập đi; xe lăn, xe đạp ba bánh đẩy tới bằng hai cánh tay;

d) Dụng cụ dành cho những sinh hoạt gia đình

Bộ đồ ăn thích nghi; vòng để đĩa và đĩa có cái chặn; chậu rửa bát; chổi; kéo.

e) Sắp xếp và dụng cụ thích nghi cho nhà cửa và các loại nhà khác

Bàn, chỗ ngồi và giường điều chỉnh được; miếng gỗ nâng chân tủ, chân giường; thanh tựa; thiết bị mở và đóng các cửa ra vào, cửa sổ và màn; vòi nước có tay gạt; thang máy và máy nâng.

f) Dụng cụ để giao tiếp, thông tin và hệ thống tín hiệu

Kính lúp; giá để đọc sách và giá kê sách; dụng cụ lật trang giấy; cái dẫn bàn tay để viết; điện thoại; máy vi tính; bảng giao tiếp và hệ thống diễn tả thay lời nói.

2. CHỈ ĐỊNH

Người khuyết tật mắt hoặc giảm khả năng thực hiện các chức năng sinh hoạt hàng ngày do bệnh tật mắc phải, tai nạn hoặc bẩm sinh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đang trong giai đoạn cấp của bệnh.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện

- Bác sĩ, kỹ thuật viên hoạt động trị liệu

- Khi chọn những dụng cụ thích nghi cho bất kì hoạt động nào, kỹ thuật viên phải cân nhắc tới những điều sau:

+ Dụng cụ phải phù hợp với mức độ khiếm khuyết của người bệnh. Người bệnh dùng được nó và có hiệu quả cao.

+ Dụng cụ phải an toàn (không gây, làm sạch dễ dàng và nhanh chóng, không có cạnh sắc).

+ Dụng cụ phải rẻ tiền, có thể thay thế được và dễ kiểm.

+ Việc lau và cất giữ phải thuận tiện (nếu quá to không có chỗ cất có thể bị vứt đi).

4.2. Phương tiện

- Phương tiện cần thiết hỗ trợ thích hợp cho tập chức năng SHHN.

- Bàn tập, ghế tập, giường tập.

- Gương tập.

- Dụng cụ thích nghi.

4.3. Người bệnh

- Được giải thích về mục đích, phạm vi, mức độ, thời gian, kỹ thuật tập các chức năng sinh hoạt hàng ngày với dụng cụ thích nghi.

- Người bệnh phải đồng ý sử dụng dụng cụ và hiểu cách sử dụng.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Chẩn đoán bệnh, chức năng, phát hiện đánh giá và theo dõi kết quả tập.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Lượng giá khiếm khuyết của người bệnh

5.2. Bước 2. Phân tích ảnh hưởng của khiếm khuyết lên chức năng

Mất hoặc giảm khả năng ăn uống, tắm rửa, mặc quần áo, vui chơi giải trí?

5.3. Bước 3. Lập mục tiêu điều trị tổng quát thích hợp

Sử dụng các dụng cụ trợ giúp thích hợp cho các sinh hoạt hàng ngày

5.4. Bước 4. Lập chương trình điều trị theo mục tiêu

5.5. Bước 5. Thực hiện chương trình điều trị

Tập ăn, uống nước bằng cốc, rửa tay, mặt, vệ sinh, cởi mặc quần áo:: tập với các dụng cụ thích nghi.

5.6. Bước 6. Đánh giá hiệu quả của chương trình điều trị

Đánh giá hiệu quả sau sử dụng 1 tuần, 2 tuần, 4 tuần, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm...

6. THEO DÕI

Nếu đỏ da, đau ở các điểm tỳ đè thì cần kiểm tra, chỉnh sửa lại cho phù hợp.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đỏ da, loét do tì đè, đau giữa dụng cụ và vùng da tiếp xúc.
- Xử trí: Tránh tiếp tục tì đè lên vết đỏ da, loét do tì đè.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 266).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LƯỢNG GIÁ CHỨC NĂNG NGƯỜI KHUYẾT TẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thông qua việc lượng giá chức năng, mỗi người bệnh được thiết lập một chương trình tập luyện phục hồi phù hợp với tình trạng chức năng hiện tại của họ.

- Công cụ dùng để lượng giá chức năng cho người khuyết tật được sử dụng phổ biến nhất hiện nay là FIM-Functional Independence Measure (Bảng đánh giá mức độ độc lập chức năng).

- FIM bao gồm 18 yếu tố được dùng để đánh giá mức độ độc lập chức năng của người bệnh, trong đó có 13 yếu tố liên quan đến chức năng vận động, tự chăm sóc và 5 yếu tố liên quan đến chức năng nhận thức.

- Bảng đánh giá mức độ độc lập chức năng:

a) Các yếu tố vận động và tự chăm sóc: Ăn uống, vệ sinh cá nhân (đánh răng, rửa mặt, chải tóc, cạo râu, trang điểm,...), tắm rửa, mặc áo, mặc quần, kiểm soát đường ruột, kiểm soát đường tiêu, sử dụng nhà vệ sinh, dịch chuyển qua lại giữa giường/ghế/xe lăn, di chuyển trong nhà vệ sinh, sử dụng bồn tắm/vòi sen, đi lại bằng 2 chân/hoặc xe lăn, đi lên cầu thang.

b) Các yếu tố nhận thức: Khả năng hiểu ngôn ngữ, khả năng thể hiện ngôn ngữ, khả năng giải quyết vấn đề, khả năng tương tác xã hội, trí nhớ.

c) Mỗi yếu tố này sẽ được đánh giá mức độ độc lập chức năng theo thang điểm từ 1 đến 7 như sau:

- 7: Độc lập hoàn toàn (Complete Independence): Thực hiện nhiệm vụ một cách độc lập, an toàn, đúng thời gian, không cần người khác trợ giúp, không cần dụng cụ trợ giúp.

- 6: Độc lập có trợ giúp (Modified Independence): Hoàn thành nhiệm vụ mà không cần người khác hỗ trợ, tuy nhiên phải cần đến dụng cụ trợ giúp, hoặc thời gian thực hiện lâu hơn so với người bình thường, hoặc có tiềm ẩn nguy cơ thiếu an toàn khi thực hiện.

- 5: Giám sát (Supervision): Cần có người bên cạnh để giám sát, động viên hoặc hướng dẫn bằng lời mà không cần động chạm vào người bệnh.

- 4: Trợ giúp tối thiểu (Minimal Assistance): Cần trợ giúp 25%. Người bệnh tự thực hiện từ 75% nhiệm vụ trở lên.

- 3: Trợ giúp trung bình (Moderate Assistance): Cần trợ giúp 50%. Người bệnh có thể tự thực hiện từ 50% đến 74% nhiệm vụ.

- 2: Trợ giúp tối đa (Maximal Assistance): Cần trợ giúp 75%. Người bệnh có thể tự thực hiện từ 25% đến 49% nhiệm vụ.

- 1: Trợ giúp hoàn toàn (Total Assistance): Người trợ giúp gần như phải hỗ trợ hoàn toàn trong suốt quá trình thực hiện nhiệm vụ. Người bệnh chỉ có thể thực hiện dưới 25% nhiệm vụ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các trường hợp bệnh lý thần kinh, cơ-xương-khớp có ảnh hưởng đến chức năng vận động, có thể có hoặc không kèm theo tổn thương chức năng nhận thức.

- Có thể dùng Bảng đánh giá mức độ độc lập chức năng (FIM) để lượng giá chức năng cho người cao tuổi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bảng đánh giá mức độ độc lập chức năng (FIM) không phù hợp để đánh giá cho những trường hợp:

- Trẻ nhỏ, chưa thể tự thực hiện các hoạt động kể trên một cách độc lập.

- Những người có rối loạn về hành vi, không có khả năng hợp tác trong quá trình đánh giá.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người lượng giá

- Bác sĩ Phục hồi chức năng

- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

- Điều dưỡng Phục hồi chức năng.

4.2. Phương tiện

Biểu mẫu “Bảng đánh giá mức độ độc lập chức năng (FIM)”.

4.3. Người bệnh

4.4. Hồ sơ bệnh án

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Thời gian cho một lần lượng giá chức năng khoảng từ 30 phút đến 60 phút.

- Giải thích cho người bệnh và người nhà các bước lượng giá chức năng

- Kết hợp quan sát và hỏi người bệnh hoặc người nhà về khả năng thực hiện các nhiệm vụ đã được liệt kê trong Bảng đánh giá mức độ độc lập chức năng (FIM).

-Đánh giá mức độ độc lập của người bệnh tương ứng với 18 tiêu chí đã nêu theo thang điểm từ 1 đến 7.

- Điền vào phiếu đánh giá.

- Ghi lại ngày giờ đánh giá. Ký, ghi rõ họ tên người đánh giá.

6. THEO DÕI

Tiến hành đánh giá chức năng người bệnh định kỳ trong thời gian nằm viện và khi người bệnh xuất viện. Theo dõi sự tiến bộ về khả năng thực hiện các hoạt động chức năng của người bệnh.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Đây là một phương pháp lượng giá đơn giản, chưa ghi nhận tai biến nào trong quá trình đánh giá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 293).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG TRONG SINH HOẠT HÀNG NGÀY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Kết quả lượng giá cho biết mức độ giảm khả năng của người khuyết tật, nhu cầu cần trợ giúp, cũng như kết quả của các can thiệp.

- Chỉ số Barthel (Barthel Index): ăn uống, kiểm soát bàng quang và ruột, sử dụng nhà vệ sinh, mặc và cởi quần áo, chuyển từ xe lăn sang giường và ngược lại, di chuyển bằng xe lăn, đi lại trên bề mặt phẳng, lên hoặc xuống cầu thang. Các mục này được đánh giá ở ba mức: “độc lập”, “cần hỗ trợ” và “không làm được”.

2. CHỈ ĐỊNH

Đánh giá thực hiện hoạt động chức năng trong sinh hoạt hàng ngày được chỉ định cho mọi trường hợp khuyết tật, đặc biệt khi muốn đánh giá mức độ cần hỗ trợ, nhu cầu cần phục hồi chức năng và đánh giá kết quả của chương trình can thiệp. Tuy nhiên, nó thường được chỉ định nhiều hơn trong các trường hợp sau:

- Người bệnh liệt
- Người khuyết tật thân kinh, tâm thần
- Người khuyết tật chậm phát triển trí tuệ
- Người bệnh mắc bệnh mãn tính, suy giảm sức khỏe

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người đánh giá

- Bác sĩ Phục hồi chức năng
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Phương tiện đánh giá bao gồm:

- 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,...
- Nhà vệ sinh, nơi người bệnh thực hiện một vài hoạt động tự chăm sóc.

4.3. Người bệnh

Có thể được quan sát trực tiếp khi đang thực hiện các hoạt động hoặc phỏng vấn qua người chăm sóc chính.

- 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.

- 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.

4.4. 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.

- Nơi đánh giá có thể tại cơ sở điều trị hoặc tại nhà người khuyết tật.

5. 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.

6. THEO DÕI

Kỹ thuật này không có các biến chứng cần theo dõi

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Kỹ thuật đánh giá này không có tai biến cần xử trí

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 317).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LƯỢNG GIÁ CHỨC NĂNG TIM MẠCH VÀ HÔ HẤP

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Lượng giá chức năng tim mạch và hô hấp là dùng các kỹ thuật và các công cụ để đánh giá chức năng của hệ tim mạch và hệ hô hấp.

- Test đi bộ 6 phút được tiến hành bằng cách cho người bệnh đi bộ trên một đoạn đường phẳng trong 06 phút. Kết quả là khoảng cách mà người bệnh đi được trong thời gian 6 phút. Thời gian người bệnh phải dừng lại để nghỉ ngơi cũng được tính trong quỹ thời gian 6 phút thực hiện test.

- Khi kết thúc test đi bộ 6 phút, người bệnh được hướng dẫn để tự lượng giá mức độ gắng sức bằng thang điểm Borg CR10.

1.2. THANG ĐIỂM BORG CR10

Thang điểm Borg CR10 được đánh giá khi kết thúc test đi bộ 6 phút

Điểm	Mức độ gắng sức
0	Không gắng sức chút nào
0,5	Gắng sức rất, rất ít
1	Gắng sức rất ít (bước chậm một cách dễ dàng, thoải mái)
2	Gắng sức ít
3	Gắng sức mức độ vừa
4	Gắng sức khá nhiều (cảm thấy hơi mệt, nhưng vẫn có thể tiếp tục được)
5	Gắng sức nhiều (mệt)
6	
7	Gắng sức rất nhiều (cảm thấy rất mệt)
8	
9	
10	Gắng sức rất, rất nhiều (tối đa)(cảm thấy quá mệt, không thể tiếp tục được nữa)

2. CHỈ ĐỊNH

- Lượng giá chức năng tim mạch và hô hấp cho các người bệnh: Suy tim; Bệnh mạch máu ngoại biên; Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính; Người cao tuổi.

- So sánh trước và sau điều trị: Phẫu thuật lồng ngực; Phục hồi chức năng tim mạch-hô hấp; Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính; Tăng áp động mạch phổi; Suy tim 3.

- Để dự đoán thời gian xuất viện hoặc tử vong đối với những trường hợp như suy tim, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, tăng áp động mạch phổi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị liệt hoặc có bệnh lý cơ xương khớp hoặc những tình trạng bệnh lý khác ảnh hưởng đáng kể khả năng đi lại;

- Tăng huyết áp không ổn định, đau thắt ngực không ổn định;

- Loạn nhịp tim khó kiểm soát;

- Bệnh lý hô hấp mãn tính gây khó thở nặng;

- Tiền sử mới có liên quan đến rối loạn nhịp nặng, nhồi máu cơ tim;

- Một số bệnh lý khác tiềm ẩn nguy cơ tiến triển nặng nếu gắng sức.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người lượng giá

- Bác sĩ Phục hồi chức năng

- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Đoạn đường tiến hành lượng giá: bằng phẳng, không có chướng ngại vật, có độ dài tối thiểu 35 mét. Được đánh dấu cứ mỗi 5 mét.

- Bố trí ghế tựa (phòng trường hợp người bệnh cần nghỉ ngơi) tại ít nhất 3 vị trí: đầu, giữa và cuối đoạn đường.

- Đồng hồ bấm giây; Phiếu đánh giá Test; Ống nghe và máy đo huyết áp.

4.3. Người bệnh

4.4. Hồ sơ bệnh án

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Thời gian cho một lần lượng giá chức năng tim mạch-hô hấp bằng Test đi bộ 6 phút khoảng 15-20 phút, thời gian người bệnh thực hiện đi bộ là 6 phút.

- Các chỉ số sinh tồn khi nghỉ ngơi được lấy trước khi đi bộ: huyết áp, nhịp tim, tần số thở

- Cho người bệnh bước đi trên đoạn đường đã được đánh dấu. Khi đi, người bệnh có thể dừng lại nghỉ ngơi nếu thấy mệt và lại tiếp tục bước đi ngay khi có thể.

- Thời gian khi nghỉ ngơi vẫn được tính trong quỹ thời gian 6 phút. Người bệnh sẽ dừng lại tại chỗ khi hết thời gian 6 phút.

- Cứ mỗi 30 giây, động viên người bệnh bằng lời nói.
- Người đánh giá có thể bước đi theo sau người bệnh nhưng không được hỗ trợ người bệnh và tránh gây ảnh hưởng lên nhịp độ đi của họ.
- Người bệnh được nhắc thời gian đi tại phút thứ 2, 4 và 6 (kết thúc).
- Ngay khi người bệnh hoàn thành test đi bộ, người bệnh được yêu cầu tự lượng giá thang điểm Borg CR10 và chỉ ra các triệu chứng như khó thở, đau ngực. Người đánh giá đánh giá lại huyết áp, nhịp tim, tần số thở của người bệnh.
- Ghi nhận kết quả: kết quả thu được từ Test đi bộ 6 phút chính là độ dài quãng đường người bệnh đi được trong vòng 6 phút thực hiện test (kể cả thời gian người bệnh dừng lại để nghỉ ngơi) và chỉ số Borg CR10.
- Điền vào phiếu; Ghi lại ngày giờ đánh giá. Ký, ghi rõ họ tên người đánh giá.

6. THEO DÕI

- Các chỉ số nhịp tim, nhịp thở, huyết áp cần được theo dõi trước và sau khi thực hiện test.
- Theo dõi các dấu hiệu bất thường có thể xảy ra khi người bệnh đang thực hiện test như quá mệt, ngất, đau thắt ngực, ngã.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Nếu tuân thủ đúng chỉ định và chống chỉ định thì việc thực hiện Test đi bộ 6 phút là an toàn. Người lượng giá cần có kiến thức về hồi sức tim phổi để có thể cấp cứu trong trường hợp cần thiết

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 296).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LƯỢNG GIÁ CHỨC NĂNG TRI GIÁC VÀ NHẬN THỨC

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Lượng giá chức năng tri giác

1.1.1. Định nghĩa: Lượng giá chức năng tri giác là kỹ thuật lượng giá bằng thang điểm Glasgow (Glasgow Coma Scale) để đánh giá chức năng tri giác (tình trạng hôn mê) của người bệnh.

1.1.2. Thang điểm Glasgow

Gồm 3 yếu tố: đáp ứng mắt, đáp ứng lời nói và đáp ứng vận động (mỗi yếu tố được tính điểm từ thấp đến cao, điểm càng thấp càng nặng).

- Đáp ứng mắt:

- + Không mở mắt
- + Mở mắt khi đau
- + Mở mắt khi gọi
- + Mở mắt tự nhiên

- Đáp ứng lời nói:

- + Không đáp ứng
- + Ú ớ, không nói được thành lời
- + Nói những từ không thích hợp
- + Trả lời nhầm lẫn
- + Trả lời chính xác

- Đáp ứng vận động:

- + Không đáp ứng
- + Duỗi cứng mắt não (khi kích thích đau)
- + Co cứng mắt vỏ (khi kích thích đau)
- + Rút chi lại khi bị kích thích đau
- + Gạt đúng khi bị kích thích đau
- + Làm đúng theo yêu cầu

- Tổng điểm Glasgow thấp nhất là 3 (hôn mê sâu hoặc tử vong), và cao nhất là 15 (hoàn toàn tỉnh táo). Phân loại: 3-8: hôn mê nặng; 9-12: Vừa; 13-15: Nhẹ

1.2. Lượng giá chức năng nhận thức

1.2.1. Định nghĩa

Lượng giá chức năng nhận thức là kỹ thuật lượng giá bằng thang điểm Rancho Los Amigos (thường gọi tắt là Thang điểm Rancho) để đánh giá khả năng nhận thức của người bệnh, người khuyết tật.

1.2.2. Thang điểm Rancho

Bao gồm 8 mức độ nhận thức của người bệnh, được đánh số từ I đến VIII. Quá trình phục hồi nhận thức diễn ra rất nhanh trong giai đoạn đầu, sau vài tháng, sự phục hồi diễn ra chậm dần và ổn định ở một mức nhận thức nào đó. Rất khó để đoán trước người bệnh sẽ ổn định ở mức nào. Một số người bệnh có thể có triệu chứng của nhiều mức độ nhận thức khác nhau ở cùng một thời điểm.

a) *Mức I: Không đáp ứng (No Response)*: Ngủ sâu; không đáp ứng với mọi kích thích từ bên ngoài như giọng nói, âm thanh, ánh sáng hay chạm vào cơ thể.

b) *Mức II: Đáp ứng toàn thể (Generalized Response)*: Phản ứng một cách không đặc hiệu, không nhất quán và không có mục đích; thường phản ứng đầu tiên là đáp ứng với kích thích đau; có thể mở mắt nhưng dường như không tập trung vào vật gì cụ thể.

c) *Mức III: Đáp ứng khu trú (Localized Response)*: Phản ứng một cách đặc hiệu hơn nhưng còn chậm và thiếu nhất quán đối với các kích thích; có thể tập trung vào một vật trước mặt; có thể làm theo một số yêu cầu đơn giản.

d) *Mức IV: Lú lẫn-Kích động (Confused, Agitated)*: Trạng thái tăng động; lú lẫn; không thể tự chăm sóc bản thân; không nhận thức được các sự kiện đang diễn ra. Phản ứng của người bệnh xuất phát từ sự lú lẫn, sợ hãi và mất định hướng về mặt nhận thức; có thể có hành vi kích động, quá khích.

e) *Mức V: Lú lẫn-Không thích hợp-Không kích động (Confused, Inappropriate, Non-Agitated)*: Có vẻ lanh lợi hơn; đáp ứng được các yêu cầu; làm theo các yêu cầu trong khoảng 2-3 phút nhưng rất dễ bị xao nhãng bởi môi trường xung quanh; mau nản lòng; sử dụng ngôn ngữ không thích hợp; chưa tiếp thu được thông tin mới.

f) *Mức VI: Lú lẫn-Phản ứng thích hợp (Confused, Appropriate)*: Làm theo các hướng dẫn đơn giản một cách nhất quán; cần gợi ý; có thể học lại được các kỹ năng cũ; trí nhớ bị tổn thương nặng nhưng đang cải thiện dần; mức độ tập trung khá hơn; có thể thực hiện một số hoạt động tự chăm sóc mà không cần giúp đỡ; bắt đầu nhận thức được bản thân và những người xung quanh.

h) *Mức VII: Tự động-Phản ứng thích hợp (Automatic, Appropriate)*: Nếu điều kiện thể chất cho phép, người bệnh có thể tự làm được các hoạt động sinh hoạt hàng ngày nhưng có thể còn vụng về; bắt đầu có thể học các kiến thức mới nhưng ở mức kém hơn bình thường; có thể tương tác xã hội nhưng khả năng nhận định, giải quyết vấn đề và lập kế hoạch vẫn còn kém.

g) *Mức VIII: Có mục đích – Phản ứng thích hợp (Purposeful, Appropriate)*: Lanh lợi, định hướng tốt; hồi tưởng được những sự kiện đã qua; học được các kỹ năng mới và có thể tự thực hiện không cần giám sát; có kỹ năng sinh hoạt tại nhà độc lập; có thể lái xe được; khả năng chịu đựng stress và khả năng phán xét chưa bình thường; một số chức năng tương tác xã hội kém hơn mức bình thường.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương sọ não.
- Các trường hợp tổn thương não khác có ảnh hưởng đến tri giác và nhận thức.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thang điểm đánh giá tri giác và nhận thức trên không phù hợp để đánh giá ở trẻ nhỏ.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người lượng giá

Bác sĩ phục hồi chức năng, kỹ thuật viên Vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Phiếu lượng giá chức năng tri giác theo Glasgow và lượng giá chức năng nhận thức theo Rancho.

4.3. Người bệnh

4.4. Hồ sơ bệnh án

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Thời gian cho một lần lượng giá chức năng tri giác và nhận thức khoảng 20’.
- Kết hợp quan sát, hỏi người bệnh, đưa ra các yêu cầu để người bệnh thực hiện theo các tiêu chí đã nêu trong Thang điểm Glasgow và Thang điểm Rancho.
- Đánh giá tri giác người bệnh, ghi nhận tổng điểm (từ 3 đến 15).
- Đánh giá nhận thức của người bệnh, xếp loại mức độ (từ I đến VIII).
- Điền vào phiếu đánh giá.
- Ghi lại ngày giờ đánh giá. Ký, ghi rõ họ tên người đánh giá.

6. THEO DÕI

- Lượng giá định kỳ trong suốt thời gian nằm viện và khi người bệnh xuất viện.
- Theo dõi sự thay đổi về tri giác và nhận thức của người bệnh.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Đây là một phương pháp lượng giá đơn giản, không can thiệp; chưa ghi nhận tai biến nào trong quá trình đánh giá

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 302).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG VẬN ĐỘNG TRẺ BẠI NÃO THEO THANG ĐIỂM GMFCS

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thang điểm GMFCS đánh giá mức độ phát triển vận động thô của trẻ bại não theo lứa tuổi và kết quả can thiệp phục hồi chức năng theo từng giai đoạn.

- Thang GMFCS được áp dụng đánh giá mức phát triển vận động thô trên trẻ bại não từ 2 đến 18 tuổi, theo 5 mức độ.

2. CHỈ ĐỊNH

Trẻ bại não

3. CHUẨN BỊ

3.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phục hồi chức năng.
- Kỹ thuật viên phục hồi chức năng đã được đào tạo kỹ thuật.

3.2. Phương tiện

Phiếu chức năng vận động trẻ bại não GMFCS, đệm tập, ghế bại não, thanh song, xe lăn, thang góc ...

3.4. Người bệnh: Mặc quần áo rộng, thoải mái khi thực hiện thao tác.

4. THỰC HIỆN

- Kỹ thuật viên xác định tuổi trẻ lượng giá.
- Chọn mẫu phiếu lượng giá chức năng vận động thô trẻ bại não GMFCS tương ứng với tuổi.

- Cách phân biệt các mức độ như sau:

+ Phân biệt giữa mức độ I và II: Trẻ ở mức độ II có thể bị hạn chế ở khoảng cách, thăng bằng khi đi và có thể cần dụng cụ trợ giúp cầm tay khi bắt đầu học đi. Có thể sử dụng di chuyển có bánh xe để di chuyển với khoảng cách xa, ở bên ngoài nhà hay ở cộng đồng. Khi đi lên hay xuống cầu thang cần bám vào tay vịn và không có khả năng chạy, nhảy.

+ Phân biệt giữa mức độ II và III: Trẻ ở mức độ II có khả năng đi không cần dụng cụ trợ giúp cầm tay sau 4 tuổi (mặc dù trẻ có thể chọn dụng cụ để sử dụng ở thời điểm này). Trẻ ở mức độ III cần dụng cụ trợ giúp cầm tay khi đi ở trong nhà. Khi đi ở bên ngoài và trong cộng đồng cần dụng cụ trợ giúp có bánh xe.

+ Phân biệt giữa mức độ III và IV Trẻ ở mức độ III tự ngồi được hoặc cần trợ giúp từ bên ngoài trong hầu hết các hạn chế. Có khả năng độc lập ở tư thế đứng hoặc đi với sự trợ giúp bằng dụng cụ cầm tay. Trẻ ở mức độ IV khi ngồi thường cần trợ giúp, di chuyển bị hạn chế và thường di chuyển bằng xe lăn hoặc xe lăn điện.

+ Phân biệt giữa mức độ IV và V : Trẻ ở mức độ V bị hạn chế trong việc kiểm soát đầu, thân mình và cần trợ giúp nhiều bằng kỹ thuật và thể chất, có thể tự di chuyển được nếu như trẻ được học cách sử dụng xe lăn điện.

4.1. Phiếu đánh giá chức năng vận động thô trẻ bại não (GMFCS) trước 2 tuổi

- **Mức độ I:** trẻ di chuyển trong ngoài vị thế ngồi với 2 tay tự do cầm đồ vật, trẻ tự bò 4 điểm được, trẻ tự kéo đứng lên và đi được vài bước bằng cách bám vào đồ vật, trẻ có thể tự đi trong khoảng thời gian từ 18 tháng đến 2 năm.

- **Mức độ II:** trẻ có thể duy trì tư thế ngồi trên sàn nhưng cần dùng tay để giữ thăng bằng, tự trườn, bò 4 điểm được, trẻ có thể đi men bằng cách bám vào đồ vật.

- **Mức độ III:** trẻ có thể ngồi nếu được trợ giúp ở thắt lưng, trẻ có thể lăn, lật và trườn về phía trước được.

- **Mức độ IV:** trẻ có thể kiểm soát đầu nhưng cần trợ giúp thân mình khi ngồi trên sàn, trẻ có thể lật sấp và ngửa được.

- **Mức độ V:** khiếm khuyết về thể chất gây hạn chế kiểm soát vận động, trẻ không thể kiểm soát đầu cổ và thân mình ở tư thế kháng trọng lực ở tư thế nằm sấp và ngồi trợ giúp. Khi lẫy trẻ cần trợ giúp của người lớn.

KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ

MỨC ĐỘ	Lần đánh giá			
	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4
	Ngày/tháng/năm	Ngày/tháng/năm	Ngày/tháng/năm	Ngày/tháng/năm
I				
II				
III				
IV				
V				
	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 1 (Ký và ghi rõ họ tên)	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 2 (Ký và ghi rõ họ tên)	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 3 (Ký và ghi rõ họ tên)	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 4 (Ký và ghi rõ họ tên)

4.2. Phiếu đánh giá chức năng vận động thô trẻ bại não (GMFCS) từ 2 đến 4 tuổi

- **Mức độ I:** trẻ ngồi trên sàn với 2 tay tự do cầm đồ vật. Trẻ có thể di chuyển trong và ngoài vị trí ngồi, trẻ có thể đứng, đi không cần trợ giúp.

- **Mức độ II:** trẻ có thể ngồi trên sàn nhưng sẽ gặp khó khăn nếu 2 tay cầm đồ vật, di chuyển trong và ngoài vị trí ngồi mà không cần trợ giúp. Trẻ tự kéo đứng lên trên bề mặt vững chắc, tự bò 4 điểm với mẫu đưa qua đưa lại, có thể đi qua đi lại bằng cách bám vào đồ vật hoặc sử dụng dụng cụ trợ giúp.

- **Mức độ III:** trẻ có thể ngồi bằng tư thế “W”, trẻ có thể cần trợ giúp của người lớn để ngồi đứng. Trẻ có thể trườn hoặc bò mà không đu đưa chân, trẻ có thể

bám vào đồ vật vững chắc để đứng lên và đi qua đi lại trong khoảng ngắn. Trẻ có thể sử dụng dụng cụ trợ giúp cầm tay để đi lại với khoảng cách ngắn ở trong nhà và cần trợ giúp của người lớn khi quay lại. Trẻ có thể đi trong nhà nhưng khi quay lại trẻ cần có sự trợ giúp của dụng cụ hoặc người lớn.

- **Mức độ IV:** trẻ có thể ngồi nếu được đặt ngồi nhưng không có khả năng giữ thăng bằng nếu không có trợ giúp của 2 tay. Trẻ cần dụng cụ thích nghi cho ngồi và đứng. Trẻ có thể di chuyển bằng trườn, bò, lăn mà không có sự phối hợp của 2 chân.

- **Mức độ V:** khiếm khuyết về thể chất, hạn chế nặng nề về kiểm soát cử động và khả năng đứng, đi, tư thế kháng trọng lực của đầu và thân mình. Tất cả các chức năng vận động bị hạn chế. Hạn chế chức năng ngồi, đứng không được cải thiện hoàn toàn bằng dụng cụ thích nghi và các kỹ thuật trợ giúp. Ở mức độ V trẻ không có phương tiện độc lập cho di chuyển. Một vài trẻ có thể tự di chuyển bằng xe lăn hoặc với sự trợ giúp nhiều của dụng cụ.

KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ

MỨC ĐỘ	Lần đánh giá			
	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4
	Ngày/tháng/năm	Ngày/tháng/năm	Ngày/tháng/năm	Ngày/tháng/năm
I				
II				
III				
IV				
V				
	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 1 (Ký và ghi rõ họ tên)	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 2 (Ký và ghi rõ họ tên)	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 3 (Ký và ghi rõ họ tên)	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 4 (Ký và ghi rõ họ tên)

4.3. Phiếu đánh giá chức năng vận động thô trẻ bại não (GMFCS) từ 4 đến 6 tuổi

- **Mức độ I:** trẻ có thể đứng lên và ngồi xuống ghế không cần dùng trợ giúp của 2 tay. Trẻ di chuyển từ sàn lên ghế ngồi và đứng lên không cần trợ giúp. Trẻ đi trong và ngoài nhà, leo lên cầu thang và có khả năng chạy nhảy.

- **Mức độ II:** trẻ ngồi vào ghế với 2 tay tự do cầm đồ vật. Trẻ có thể đứng lên từ trên sàn hoặc từ ghế ngồi nhưng thường cần bề mặt vững chắc để bò hoặc bò bằng 2 tay. Trẻ có thể đi trong nhà không cần trợ giúp bằng dụng cụ trợ giúp cầm tay. Đi ở ngoài được khoảng cách ngắn trên địa hình bằng phẳng. Trẻ có thể bám vào tay vịn để leo cầu thang nhưng không có khả năng chạy hoặc nhảy.

- **Mức độ III:** trẻ có thể ngồi trên ghế thường nhưng với sự trợ giúp tối đa ở khung chậu hoặc thân mình. Trẻ ngồi vào ghế hoặc ra khỏi ghế bằng cách đứng hoặc kéo trên bề mặt vững chắc. Trẻ có thể đi trên bề mặt bằng phẳng với sự trợ giúp của dụng cụ cầm tay và leo cầu thang với sự trợ giúp của người lớn. Khi đi ra ngoài với

khoảng cách dài hoặc với địa hình không bằng phẳng trẻ thường được di chuyển bởi xe lăn hoặc người lớn.

- **Mức độ IV:** trẻ có thể ngồi trên ghế nhưng cần ghế thích nghi để kiểm soát thân mình và thực hiện tốt chức năng bàn tay. Trẻ di chuyển vào trong hoặc ra ngoài với sự trợ giúp của người lớn bằng cách kéo 2 tay đứng lên. Trẻ có thể đi trong khoảng cách ngắn với sự trợ giúp của khung đi và sự giám sát của người lớn nhưng rất khó khăn khi quay lại hoặc trên địa hình gồ ghề, trẻ có thể tự di chuyển bằng xe lăn. Ở cộng đồng trẻ thường được di chuyển bằng xe đẩy hoặc người lớn.

- **Mức độ V:** khiếm khuyết về thể chất làm hạn chế nặng nề về khả năng tự kiểm soát vận động và khả năng giữ tư thế kháng trọng lực của đầu và thân mình, tất cả các chức năng vận động bị hạn chế.

KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ

MỨC ĐỘ	Lần đánh giá			
	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4
	Ngày/tháng/năm	Ngày/tháng/năm	Ngày/tháng/năm	Ngày/tháng/năm
I				
II				
III				
IV				
V				
	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 1 (Ký và ghi rõ họ tên)	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 2 (Ký và ghi rõ họ tên)	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 3 (Ký và ghi rõ họ tên)	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 4 (Ký và ghi rõ họ tên)

4.4. Phiếu đánh giá chức năng vận động thô trẻ bại não (GMFCS) từ 6 đến 12 tuổi

- **Mức độ I:** trẻ tự đi tại nhà, trường học và cộng đồng trẻ tự bước lên cầu thang, bậc thêm không cần bám vào tay vịn hoặc trợ giúp. Trẻ có thể chạy, nhảy nhưng hạn chế. Trẻ có thể tham gia vào các hoạt động thể chất, thể thao tùy thuộc vào sự lựa chọn và các yếu tố môi trường.

- **Mức độ II:** trẻ có thể đi trong hầu hết sự sắp xếp, trẻ có thể có những khó khăn khi đi với khoảng cách xa và khó khăn về thăng bằng khi đi trên địa hình không bằng phẳng, đường dốc khu đông đúc, không gian hạn chế hoặc khi mang đồ vật. Trẻ lên xuống cầu thang bằng cách bám vào tay vịn hoặc có trợ giúp của người lớn. Đi ở ngoài cộng đồng trẻ cần trợ giúp về thể chất. Trẻ có thể cần dụng cụ trợ giúp hoặc xe lăn khi đi với khoảng cách xa. Trẻ chỉ có thể làm tốt ở mức độ thấp khi biểu diễn chạy nhảy. Hạn chế vận động thô dẫn tới cần trợ giúp của dụng cụ thích nghi khi tham gia các hoạt động thể chất, thể thao.

- **Mức độ III:** trẻ đi với dụng cụ trợ giúp trong hầu hết không gian xấp đặt trong nhà. Khi ngồi trẻ có thể cần đai để giúp cho khung chậu thẳng và để giữ thăng

bằng. Đứng lên từ tư thế ngồi hoặc từ sàn nhà trẻ cần trợ giúp từ người khác hoặc mặt phẳng vững chắc. Khi di chuyển ở khoảng cách dài trẻ cần trợ giúp bằng một vài mẫu khung đi. Trẻ có thể lên xuống cầu thang bằng cách bám vào tay vịn hoặc sự trợ giúp của người khác. Hạn chế về đi nên cần trợ giúp bằng dụng cụ thích nghi khi tham gia vào các hoạt động thể chất, thể thao bao gồm xe đẩy, xe lăn hoặc xe lăn điện.

- **Mức độ IV:** trẻ thường cần trợ giúp bằng người khác hoặc xe đẩy, xe lăn đi trong hầu hết không gian được sắp đặt. Trẻ cần ghế ngồi thích nghi để kiểm soát thân mình và khung chậu. Trẻ cần trợ giúp trong khi di chuyển. Ở nhà trẻ thường di chuyển bằng cách lăn, bò, trườn. Di chuyển với khoảng cách ngắn trẻ cần trợ giúp từ người khác hoặc xe điện. Ở nhà, trường học hoặc trong cộng đồng trẻ thường được di chuyển bằng xe lăn hoặc dụng cụ di chuyển chạy bằng điện. Hạn chế về di chuyển lên cần trợ giúp bằng dụng cụ thích nghi để tham gia vào các hoạt động thể chất hoặc trợ giúp bằng thiết bị di chuyển chạy bằng điện.

- **Mức độ V:** trẻ được di chuyển bằng xe lăn trong mọi không gian, trẻ bị hạn chế trong việc duy trì sự kháng trọng lực của đầu, tư thế thân mình, kiểm soát vận động tay và chân. Kỹ thuật trợ giúp được sử dụng để duy trì trục của đầu, ngồi, đứng và di chuyển nhưng những hạn chế này không được khắc phục hoàn toàn bằng thiết bị. Di chuyển yêu cầu trợ giúp hoàn toàn từ người khác. Trẻ có thể tự di chuyển bằng thiết bị sử dụng điện với sự thích nghi lớn cho ngồi, kiểm soát các quá trình. Hạn chế sự di chuyển cần có sự thích nghi để tham gia các hoạt động thể chất, thể thao bao gồm trợ giúp bằng thể chất hoặc các thiết bị sử dụng điện.

KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ

MỨC ĐỘ	Lần đánh giá			
	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4
	Ngày/tháng/năm	Ngày/tháng/năm	Ngày/tháng/năm	Ngày/tháng/năm
I				
II				
III				
IV				
V				
	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 1 (Ký và ghi rõ họ tên)	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 2 (Ký và ghi rõ họ tên)	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 3 (Ký và ghi rõ họ tên)	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 4 (Ký và ghi rõ họ tên)

4.5. Phiếu đánh giá chức năng vận động thô trẻ bại não (GMFCS) từ 12 đến 18 tuổi

- **Mức độ I:** trẻ tự đi ở nhà, trường học, cộng đồng. Trẻ có thể lên xuống cầu thang không cần trợ giúp và không cần bám vào tay vịn. Trẻ có thể chạy, nhảy nhưng bị hạn chế về tốc độ và điều hợp. Trẻ có thể tham gia vào các hoạt động thể chất, thể thao tùy thuộc vào sự lựa chọn và các yếu tố môi trường.

- **Mức độ II:** trẻ có thể đi trong hầu hết các điều kiện, các yếu tố môi trường như địa hình không bằng phẳng, đường dốc, khoảng cách dài, yêu cầu về thời gian, không gian, thời tiết, khả năng tập chung. Ở trường học trẻ có thể đi với sự trợ giúp của dụng cụ cầm tay để đảm bảo an toàn. Khi trẻ di chuyển ở bên ngoài và cộng đồng với khoảng cách xa trẻ có thể dùng dụng cụ trợ giúp có bánh xe. Khi lên xuống cầu thang trẻ cần bám vào tay vịn hoặc trợ giúp từ người khác. Hạn chế về vận động thô nên trẻ cần dụng cụ thích nghi để tham gia các hoạt động thể chất, thể thao.

- **Mức độ III:** trẻ có thể đi với dụng cụ trợ giúp. So sánh với mức độ khác trẻ ở mức độ III biểu hiện nhiều trong phương pháp vận động tùy thuộc vào thể chất, môi trường và yếu tố con người. Khi ngồi trẻ cần đai để kiểm soát khung chậu và thăng bằng. Chuyển từ ngồi sang đứng hoặc từ sàn sang đứng cần trợ giúp từ người khác hoặc trợ giúp của bề mặt. Ở trường trẻ có thể tự đi tới đi lui bằng xe lăn hoặc thiết bị sử dụng điện. Trẻ có thể lên xuống cầu thang bằng cách bám vào tay vịn hoặc trợ giúp từ người khác. Hạn chế về đi nên trẻ cần các dụng cụ thích nghi bao gồm xe lăn, dụng cụ di chuyển sử dụng điện để tham gia vào các hoạt động thể chất thể thao.

- **Mức độ IV:** trẻ dùng dụng cụ di chuyển có bánh xe trong hầu hết các trường hợp. Khi ngồi trẻ cần dụng cụ thích nghi để giữ cho khung chậu thẳng và kiểm soát thân mình. Trẻ cần trợ giúp thể lực từ 1 - 2 người để di chuyển. Trẻ có thể chịu một phần trọng lượng trên chân trẻ khi trợ giúp di chuyển ở tư thế đứng ở trong nhà. Trẻ có thể di chuyển một đoạn ngắn với sự trợ giúp của người khác hoặc dụng cụ có bánh xe hoặc khung đi cao nâng đỡ cơ thể. Thể lực của trẻ có thể đủ khả năng để điều khiển xe lăn điện. Khi không sử dụng được xe lăn điện, trẻ được di chuyển bằng xe lăn. Hạn chế về vận động nên dụng cụ thích nghi là cần thiết để tham gia vào các hoạt động thể chất, thể thao bao gồm trợ giúp về thể chất và dụng cụ di chuyển sử dụng điện.

- **Mức độ V:** Trẻ được di chuyển bằng xe lăn. Trẻ bị hạn chế trong việc kiểm soát đầu và duy trì tư thế thân mình, kiểm soát vận động của tay và chân. Kỹ thuật trợ giúp được sử dụng để cải thiện trục của đầu, tư thế ngồi, đứng và di chuyển. Nhưng những hạn chế này không thể khắc phục hết bằng dụng cụ. Trẻ cần trợ giúp thể lực từ 1- 2 người hoặc máy nâng để di chuyển. Trẻ có thể tự di chuyển bằng dụng cụ có bánh xe có động cơ với sự trợ giúp thích nghi cho ngồi và kiểm soát các quá trình. Hạn chế vận động di chuyển nên những thiết bị thích nghi bao gồm trợ giúp thể lực, dụng cụ đi có động cơ cần thiết để tham gia các hoạt động thể chất, thể thao.

KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ

MỨC ĐỘ	Lần đánh giá			
	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4
	Ngày/tháng/năm	Ngày/tháng/năm	Ngày/tháng/năm	Ngày/tháng/năm
I				
II				
III				
IV				
V				
	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 1 (Ký và ghi rõ họ tên)	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 2 (Ký và ghi rõ họ tên)	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 3 (Ký và ghi rõ họ tên)	Ngày...tháng...năm... Người đánh giá lần 4 (Ký và ghi rõ họ tên)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế - Trang 259).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LƯỢNG GIÁ CHỨC NĂNG THĂNG BẰNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Lượng giá chức năng thăng bằng là kỹ thuật sử dụng Thang điểm Berg để đánh giá khả năng thăng bằng của người bệnh và người khuyết tật.

1.2. Thang điểm Berg đánh giá thăng bằng

- *Chuyển từ ngồi sang đứng*

0. Cần trợ giúp trung bình hoặc trợ giúp tối đa để đứng dậy.

1. Cần trợ giúp tối thiểu để cố định hoặc đứng dậy.

2. Có thể đứng dậy sau vài lần cố gắng, có dùng tay.

3. Có thể đứng dậy độc lập, có dùng tay.

4. Có thể đứng dậy độc lập, có dùng tay.

5. Có thể đứng dậy độc lập, không cần dùng tay.

- *Đứng không có hỗ trợ*

0. Không thể đứng không cần hỗ trợ trong 30 giây.

1. Có thể đứng 30 giây không cần hỗ trợ sau vài lần cố gắng.

2. Có thể đứng 30 giây không cần hỗ trợ.

3. Có thể đứng trong 2 phút, cần giám sát.

4. Có thể đứng an toàn trong 2 phút.

- *Ngồi không cần hỗ trợ lưng nhưng bàn chân được hỗ trợ trên sàn/ trên ghế*

0. Không thể ngồi trong 10 giây mà không cần hỗ trợ.

1. Có thể ngồi trong 10 giây.

2. Có thể ngồi trong 30 giây.

3. Có thể ngồi trong 2 phút, cần giám sát.

4. Có thể ngồi an toàn và chắc chắn trong 2 phút.

- *Chuyển từ đứng sang ngồi*

0. Cần trợ giúp để ngồi xuống.

1. Có thể ngồi xuống độc lập nhưng không biết kiểm soát động tác cúi.

2. Sử dụng lưng hoặc chân tì vào ghế để kiểm soát động tác cúi xuống.

3. Kiểm soát động tác cúi xuống bằng tay.

4. Ngồi an toàn, chỉ sử dụng tay tối thiểu.

- *Di chuyển (chuyển từ ghế có tay vịn sang ghế không có tay vịn)*

0. Cần 2 người trợ giúp hoặc giám sát để đảm bảo an toàn.

1. Cần 1 người trợ giúp.
2. Có thể di chuyển, cần giám sát hoặc hướng dẫn bằng lời.
3. Có thể di chuyển một cách an toàn, phải sử dụng tay.
4. Có thể di chuyển một cách an toàn, sử dụng tay tối thiểu.
- *Đừng không cần hỗ trợ, nhắm mắt*
0. Cần người khác trợ giúp để khỏi ngã.
 1. Không thể đứng an toàn trong 3 giây khi nhắm mắt.
 2. Có thể đứng trong 3 giây.
 3. Có thể đứng trong 10 giây, cần giám sát.
 4. Có thể đứng an toàn trong 10 giây.
- *Đừng chụm chân, không trợ giúp*
0. Cần người trợ giúp để đứng chụm chân và không thể duy trì được 15 giây.
 1. Cần người trợ giúp để đứng chụm chân nhưng có thể duy trì được 15 giây.
 2. Có thể đứng chụm chân độc lập nhưng không quá 30 giây.
 3. Có thể đứng chụm chân độc lập trong 1 phút, cần giám sát.
 4. Có thể đứng chụm chân độc lập và an toàn trong 1 phút.
- *Với tay về phía trước khi đứng*
0. Nâng cánh tay lên 90 độ, duỗi các ngón tay và với về phía trước.
 1. Mất thăng bằng khi thực hiện động tác, cần hỗ trợ từ bên ngoài.
 2. Có thể với tay ra trước, cần giám sát.
 3. Có thể với tay ra trước được 5 cm.
 4. Có thể với tay ra trước được 12 cm.
 5. Với tay ra trước một cách tự tin được 25 cm.
- *Cúi người nhặt đồ vật dưới sàn lên từ tư thế đứng*
0. Không thể nhặt lên được, cần trợ giúp để đảm bảo không bị ngã do mất thăng bằng.
 1. Không thể nhặt lên được, cần giám sát khi làm.
 2. Không thể nhặt lên được, nhưng có thể cúi xuống còn cách vật 2-5 cm và vẫn giữ thăng bằng độc lập.
 3. Có thể nhặt lên được, cần giám sát.
 4. Có thể nhặt lên an toàn và dễ dàng.
- *Xoay đầu nhìn ra sau qua vai trái và vai phải ở tư thế đứng*
0. Cần trợ giúp để khỏi mất thăng bằng và ngã.
 1. Cần giám sát khi xoay đầu.

2. Chỉ có thể hơi xoay sang bên, có thể giữ thăng bằng.
3. Chỉ có thể ra xoay ra sau ở 1 bên, bên còn lại xoay đầu kém.
4. Có thể nhìn ra sau cả 2 bên, vận động đầu cổ tốt.

- Xoay người 360 độ (xoay người theo một vòng tròn, dừng lại, rồi xoay một vòng tương tự nhưng theo hướng ngược lại)

0. Cần trợ giúp khi xoay.
1. Cần giám sát chặt chẽ hoặc hướng dẫn bằng lời.
2. Có thể xoay người 360 độ một cách an toàn nhưng chậm.
3. Xoay người 360 độ một cách an toàn, chỉ một bên, trong 4 giây trở xuống.
4. Xoay người 360 độ một cách an toàn trong 4 giây trở xuống.

- Đặt luân phiên 2 bàn chân lên bậc thang khi đứng không hỗ trợ

0. Cần trợ giúp để giữ cho khỏi ngã.
1. Có thể hoàn thành hơn 2 bước, cần trợ giúp tối thiểu.
2. Có thể hoàn thành 4 bước, không cần trợ giúp, chỉ cần giám sát.
3. Có thể đứng độc lập, hoàn thành 8 bước trong thời gian trên 20 giây.
4. Có thể đứng độc lập và an toàn, hoàn thành 8 bước trong 20 giây.

- Đứng đặt chân này ngay trước mũi chân kia, không hỗ trợ

0. Mất thăng bằng khi bước hoặc khi đứng.
1. Cần hỗ trợ để bước chân tới và giữ tư thế đó 15 giây.
2. Có thể đặt bước nhỏ độc lập, giữ được 30 giây.
3. Có thể đặt chân này phía trước chân kia, độc lập, giữ được 30 giây 4.
4. Có thể đặt chân trước ngay sát chân sau, độc lập, giữ được 30 giây.

- Đứng trên một chân

0. Cần trợ giúp để khỏi bị ngã.
1. Có thể nhấc chân lên nhưng không giữ được 3 giây, vẫn có thể đứng thăng bằng độc lập.
2. Có thể đứng 1 chân độc lập trên 3 giây.
3. Có thể đứng 1 chân độc lập từ 5-10 giây.
4. Có thể đứng 1 chân độc lập trên 10 giây.

- **Tổng điểm:**

- + Tối đa: 56 điểm, thăng bằng tốt không ngã.
- + 41-56 điểm: thăng bằng khá, nguy cơ ngã thấp.
- + 21-40 điểm: thăng bằng trung bình, nguy cơ ngã trung bình.
- + 0-20 điểm: Thăng bằng kém, hay ngã.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương sọ não
- Tai biến mạch máu não
- Parkinson
- Tổn thương tủy sống
- Xơ cứng rải rác
- Một số bệnh lý cơ xương khớp có ảnh hưởng chức năng thăng bằng
- Người già

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh hôn mê
- Người bệnh chưa ngồi dậy được

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người lượng giá

Bác sĩ phục hồi chức năng, kỹ thuật viên Vật lý trị liệu

4.2. Phương tiện

- Phiếu lượng giá chức năng thăng bằng theo Thang điểm Berg
- Thước dây, đồng hồ tính giây
- Một ghế có tay vịn, một ghế không có tay vịn
- Bậc thang
- Một đoạn đường ngắn, bằng phẳng

4.3. Người bệnh

4.4. Hồ sơ bệnh án

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Thời gian cho một lần lượng giá chức năng thăng bằng khoảng 15-20 phút.
- Kết hợp quan sát, hướng dẫn người bệnh, đưa ra các yêu cầu để người bệnh thực hiện theo các tiêu chí đã nêu trong Thang điểm Berg đánh giá thăng bằng.
- Đánh giá, cho điểm từng tiêu chí theo mức độ từ 0 đến 4
- Điền vào phiếu đánh giá.
- Ghi lại ngày giờ đánh giá. Ký, ghi rõ họ tên người đánh giá.

6. THEO DÕI

- Khi tiến hành đánh giá, theo dõi khả năng giữ thăng bằng của người bệnh.

- Lượng giá định kỳ trong suốt thời gian nằm viện và khi người bệnh xuất viện.
- Theo dõi sự thay đổi về khả năng giữ thăng bằng của người bệnh.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chưa ghi nhận tai biến nào trong quá trình đánh giá. Hỗ trợ người bệnh kịp thời khi người bệnh có nguy cơ ngã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 310).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LƯỢNG GIÁ DÁNG ĐI

1. ĐẠI CƯƠNG

Lượng giá dáng đi là phân tích cử động của con người khi đi lại, sử dụng mắt và não của người quan sát, được bổ sung bởi các trang thiết bị đo vận động và chuyển động cơ học của cơ thể và hoạt động của các cơ.

2. CHỈ ĐỊNH

Đánh giá, lập kế hoạch và tập luyện cho những người bị rối loạn chức năng đi lại, người cần làm nẹp trợ giúp, người có các vấn đề liên quan đến vận động hay tư thế sau chấn thương hoặc bệnh tật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Những trường hợp không có chỉ định

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người đánh giá

- Bác sỹ phục hồi chức năng.
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Phòng lượng giá đủ rộng (ít nhất dài trên 30m), kín đáo và yên tĩnh, ấm áp về mùa đông.

4.3. Người bệnh

Người bệnh chỉ mặc quần áo lót để có thể quan sát được vùng thân, xương chậu, khớp háng, gối, cổ chân và các ngón chân.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu đánh giá để ghi kết quả đánh giá bằng tay.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Quan sát bằng mắt, qua các bước sau:

- Yêu cầu người bệnh đứng trước mặt người đánh giá
- Sau đó yêu cầu người bệnh bước đi. Người đánh giá có thể quan sát ở phía trước hay phía bên nhưng không được làm cản trở bước đi của người bệnh.
- Quan sát các giai đoạn của dáng đi và quan sát cử động của khung chậu, khớp háng, gối, cổ chân và ngón chân.
- Ghi kết quả quan sát vào phiếu.

6. THEO DÕI

Không cần theo dõi sau khi đánh giá

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Thường không có tai biến trong kỹ thuật này

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 315).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỬ CƠ BẰNG TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Thử cơ bằng tay là phương pháp dùng tay người khám để đánh giá khả năng co cơ chủ động hay cơ lực của một cơ hoặc một nhóm cơ cụ thể của người bệnh.

Bảng phân độ cơ lực bằng phương pháp thử cơ bằng tay

Bậc cơ	Tiêu chí đánh giá
5	Người bệnh co cơ thực hiện hết tầm vận động khớp ở tư thế kháng trọng lực, thắng được lực đề kháng tối đa từ phía người khám.
4	Người bệnh co cơ thực hiện hết tầm vận động khớp ở tư thế kháng trọng lực, thắng được lực đề kháng tương đối mạnh từ phía người khám.
3	Người bệnh co cơ thực hiện hết tầm vận động khớp ở tư thế kháng trọng lực, không có lực đề kháng từ phía người khám.
2	Người bệnh co cơ thực hiện hết tầm vận động khớp ở tư thế loại bỏ trọng lực tác động lên chi thể.
1	Người khám có thể nhìn hoặc sờ thấy sự co cơ nhưng không có sự vận động nào của khớp.
0	Không sờ/nhìn thấy sự co cơ nào.

2. CHỈ ĐỊNH

- Liệt do tổn thương thần kinh trung ương.
- Liệt do tổn thương thần kinh ngoại biên.
- Liệt do bệnh cơ.
- Một số bệnh lý cơ xương khớp khác có ảnh hưởng đến chức năng vận động.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương chưa liền.
- Ngay sau phẫu thuật, giai đoạn liền tổn thương.
- Tăng trương lực cơ quá nhiều.
- Người bệnh tổn thương khả năng nhận thức hoặc kiểm soát hành vi, không có khả năng phối hợp với người đánh giá.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người lượng giá

- Bác sỹ phục hồi chức năng.

- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Phiếu thử cơ.
- Bàn khám.
- Mặt phẳng ít ma sát để thử cơ.

4.3. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép hồ sơ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Thời gian để lượng giá một nhóm cơ thường dưới 5 phút. Tổng thời gian thực hiện thử cơ bằng tay phụ thuộc vào số cơ được thử. Hướng dẫn người bệnh về những thao tác sẽ thực hiện để người bệnh phối hợp tốt với người đánh giá.

- Đặt tư thế người bệnh sao cho phù hợp với từng nhóm cơ và bậc thử cơ. Cố định tốt để tránh vận động thay thế của các nhóm cơ khác.

- Đánh giá sơ bộ tầm vận động thụ động của khớp liên quan.

- Yêu cầu người bệnh thực hiện hết tầm vận động khớp theo các tư thế và lực đề kháng khác nhau tùy thuộc vào bậc thử cơ.

- Kết hợp nhìn, sờ, tạo lực đề kháng tùy thuộc vào bậc thử cơ. Thử các cơ ở gốc chi trước, ngọn chi sau. Thực hiện thử cơ ở cả 2 bên cơ thể để đối chiếu.

- Quan sát, cho điểm từng nhóm cơ theo thang điểm từ 0 đến 5. Điền vào phiếu thử cơ. Ghi lại ngày giờ đánh giá. Ký, ghi rõ họ tên người đánh giá.

6. THEO DÕI

Tiến hành thử cơ định kỳ trong suốt thời gian nằm viện và khi người bệnh xuất viện. Theo dõi sự tiến triển về cơ lực của người bệnh.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Đây là một phương pháp lượng giá đơn giản, không can thiệp; chưa ghi nhận tai biến nào trong quá trình đánh giá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 321).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐO TÂM VẬN ĐỘNG KHỚP

1. ĐẠI CƯƠNG

- Đo tâm vận động khớp là kỹ thuật lượng giá tâm vận động của khớp.
- Đo tâm vận động khớp là một trong những phương pháp lượng giá quan trọng trong thực tiễn khám, lượng giá và đánh giá tiến triển bệnh, kết quả điều trị.
- Phương pháp đo và ghi dựa trên nguyên tắc của phương pháp Zero (0) của Can và Robert, có nghĩa là ở vị trí giải phẫu, mọi khớp được quy định là 0°.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thương tật về hệ thống vận động.
- Những tổn thương thần kinh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sỹ phục hồi chức năng.
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Thước đo góc 180° hay 360°.

4.3. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh hiểu quy trình kỹ thuật để hợp tác trong quá trình đo tâm vận động.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Cần ghi rõ vận động khớp:
 - + Chủ động.
 - + Thụ động.
 - + Có hay không kèm theo cứng bức một phần hay toàn bộ.
 - + Khi cử động có đau không.
 - + Có tình trạng kháng lại cử động có ý thức không.
 - + Người bệnh có khả năng hợp tác với bác sỹ không.
- Cần lập bảng số đo trung bình hay bình thường của tâm vận động.
- Cần ghi rõ tâm vận động chính xác đo được.
- Tâm vận động chi đo được so sánh với bên đối diện. Sự khác biệt được diễn tả bằng độ hay tỷ lệ phần trăm bị giảm tâm vận động so với chi bên đối diện. Nếu

không có chi bên đối diện thì so với tầm vận động trung bình của một người khác cùng tuổi, cùng thể tạng.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt chi, khớp cần đo ở vị trí Zero.
- Xác định đặc tính của khớp thuộc loại khớp nào.
- Xác định 3 điểm mốc cố định để đặt thước cho chính xác.
- Tiến hành đo.
- Ghi kết quả vào bệnh án: sự giới hạn tầm vận động được ghi từ vị trí khởi đầu đến cuối tầm. Ví dụ: gấp khuỷu từ 30°- 90° được ghi 30°- 90°

6. THEO DÕI

- Tình trạng chung của người bệnh.
- Tình trạng tại khớp đang đo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 323).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LƯỢNG GIÁ MỨC ĐỘ CO CỨNG BẰNG THANG ĐIỂM ASHWORTH CẢI BIÊN (MAS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Thang điểm Ashworth cải biên (MAS) (Bohannon và Smith 1987) dùng để xác định bằng lực kháng cản cảm thấy được khi người khám vận động thụ động đoạn chi thể. Bao gồm 6 bậc:

Điểm	Mô tả
0	Trương lực cơ bình thường
1	Trương lực cơ tăng nhẹ, biểu hiện lực cản nhẹ ở cuối tầm vận động khi gấp/duỗi, dạng/khép hoặc sấp/ngửa đoạn chi thể.
1+	Trương lực cơ tăng, biểu hiện lực cản nhẹ và sức cản ở nửa cuối tầm vận động chi thể.
2	Trương lực cơ tăng rõ ràng hơn trong suốt toàn bộ tầm vận động, tuy nhiên đoạn chi thể vẫn có thể được vận động dễ dàng.
3	Trương lực cơ tăng mạnh, vận động thụ động đoạn chi thể khó khăn.
4	Đoạn chi thể bị cố định cứng đờ ở tư thế gấp, duỗi, khép hoặc dạng. Vận động thụ động là không thể được.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tai biến mạch máu não (đột quy não).
- Tổn thương tủy sống.
- Chấn thương sọ não.
- Xơ cứng rải rác.
- Xơ cột bên teo cơ.
- Viêm não, u não,...
- Bại não.
- Các bệnh lý thần kinh trung ương khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị tổn thương xương, khớp ngăn cản cử động hết tầm của khớp.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sỹ phục hồi chức năng.
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Phiếu lượng giá co cứng theo Thang điểm Ashworth cải biên.

- Giường khám bệnh đủ rộng, kèm ga trải giường, gối.

4.3. Người bệnh

Được giải thích rõ mục đích, cách lượng giá.

4.4. Hồ sơ bệnh án

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

Thời gian cho 01 lần lượng giá khoảng 15-20 phút, tùy theo số cơ lượng giá.

- Bước 1. đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, được hướng dẫn thư giãn hoàn toàn, bộc lộ vùng cơ và khớp được lượng giá.

- Bước 2. tiến hành lượng giá

Nếu lượng giá một cơ có tác dụng gấp tại một khớp, đặt khớp đó ở tư thế gấp tối đa và vận động về tư thế duỗi tối đa.

Nếu lượng giá một cơ có tác dụng duỗi tại một khớp, đặt khớp đó ở tư thế duỗi tối đa và vận động về tư thế gấp tối đa.

- Bước 3. điền vào phiếu đánh giá.

+ Đánh giá, cho điểm từng cơ mức độ từ 0, 1, 1+, 2, 3 và 4 theo bảng trên.

+ Ghi lại ngày giờ đánh giá. Ký, ghi rõ họ tên người đánh giá.

+ Lưu ý khi lượng giá

+ Do cơ cứng là “phụ thuộc tốc độ kéo giãn” (tức là vận động chi càng nhanh, cơ cứng càng tăng), nên lượng giá MAS được thực hiện khi vận động chi ở “tốc độ của trọng lực”, tức là cùng tốc độ của chi bên không cơ cứng để rơi tự do.

+ Lượng giá chỉ được thực hiện tối đa 3 lần cho mỗi khớp, bởi vì nếu thực hiện trên 3 lần sẽ gây hiệu ứng kéo giãn ngắn hạn có thể ảnh hưởng đến điểm MAS.

+ MAS được thực hiện trước khi đo tầm vận động khớp, do việc đo tầm vận động khớp tạo ra sự kéo giãn, gây ra hiệu ứng ngắn hạn làm ảnh hưởng đến điểm. Thời gian từ 30-45 phút.

6. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Đây là một phương pháp lượng giá đơn giản, không can thiệp; chưa ghi nhận tai biến nào trong quá trình đánh giá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 266).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT NGHIỆM PHÁP ĐI 6 PHÚT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Nghiệm pháp đi bộ 6 phút là phương pháp đo khoảng cách tối đa mà người bệnh đi bộ được trong vòng 6 phút.

- Đánh giá tình trạng thể lực người cao tuổi cũng như trong một số bệnh lý mạn tính, thông qua đó biết được khả năng thực hiện chức năng sinh hoạt hàng ngày.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả người cao tuổi khỏe mạnh.
- Người có bệnh lý tim mạch, hô hấp.
- Người có bệnh lý xương khớp: thay khớp háng, thay khớp gối,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đau thắt ngực không ổn định/nhồi máu cơ tim trong 1 tháng.
- Ở trạng thái nghỉ ngơi: nhịp tim >120ck/phút, hoặc HATT >180mmHg hoặc HATTr >100mmHg.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sỹ phục hồi chức năng.
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Địa điểm đánh giá: Có chiều dài ít nhất 30 m, yên tĩnh, nền phẳng, cứng.
- Máy đo huyết áp.
- Máy đo mạch, SpO₂, Wrist OX2.
- Lưu ý đánh số thứ tự.
- Đồng hồ bấm giờ, thước dây.
- Hai móc đánh dấu các điểm quay vòng (bục gỗ, nhựa).
- Ghế có thể dễ dàng di chuyển dọc theo quá trình đi bộ.
- Bản ghi lại quá trình làm nghiệm pháp.
- Thuốc và các phương tiện cấp cứu như máy ghi điện tim, Oxy, máy khí dung, thuốc tim mạch.

4.3. Người bệnh

- Người bệnh phải được nghỉ ngơi 10 phút trước khi làm nghiệm pháp.
- Người bệnh mặc quần áo thoải mái và giày thích hợp.
- Người bệnh nên sử dụng các trợ giúp đi thông thường của họ trong thời gian làm nghiệm pháp (gậy, khung tập đi,...).

- Nếu người bệnh đang thở oxy, cần được tiếp tục thở oxy trong thời gian làm nghiệm pháp.
- Người bệnh không nên vận động gắng sức trong vòng 2 giờ sau khi bắt đầu làm test.
- Sử dụng máy đo mạch, SpO₂ dạng kẹp ngón tay để không ảnh hưởng đến bước đi của người bệnh.
- Người đánh giá không đi bộ cùng người bệnh.

4.4. Ký cam kết thực hiện thủ thuật

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1

- Kiểm tra trước test: nhịp tim, SpO₂, huyết áp, điện hồ sơ.
- Đưa người bệnh ra vạch xuất phát.

5.2. Bước 2

- Kỹ thuật viên đưa ra các yêu cầu mà người bệnh cần thực hiện trong khi đánh giá, người bệnh không được nói chuyện trong suốt thời gian tham gia nghiệm pháp.
- Hướng dẫn người bệnh thực hiện nghiệm pháp: điểm xuất phát, điểm quay đầu, cố gắng đi hết khả năng của mình.

5.3. Bước 3

Ra hiệu lệnh: ĐI

- Người đánh giá: theo dõi và quan sát người bệnh, đếm số vòng người bệnh thực hiện được, mỗi khi kết thúc vòng đánh dấu vào bảng theo dõi.
- Người đánh giá thông báo cho người bệnh mỗi khi kết thúc 1 phút.
- Nếu người bệnh ngừng đi và cần nghỉ ngơi, vẫn tiếp tục tính thời gian (không dừng bộ đếm thời gian) và để họ nghỉ ngơi cho đến khi có thể tiếp tục đi bộ lại.
- Nếu người bệnh ngừng trước 6 phút và không thể tiếp tục đi bộ (hoặc nếu người thực hiện cho rằng họ không nên tiếp tục), hãy cho người bệnh di chuyển bằng xe lăn và ghi rõ vào bảng theo dõi lý do dừng, thời gian dừng và khoảng cách đi bộ trong thời gian đó.
- Khi kết thúc 6 phút, yêu cầu người bệnh phải dừng lại và đánh dấu vị trí dừng lại đó.
- Ghi SpO₂, nhịp tim, huyết áp và điểm Borg.

5.4. Bước 4.

Tính kết quả

- Tính tổng khoảng cách đi bộ trong 6 phút của người bệnh.
- So sánh kết quả với bảng chuẩn.
- Thời gian từ 30-45 phút.

6. THEO DÕI

Theo dõi sát trong quá trình làm nghiệm pháp: nhịp tim, thang điểm Borg, SpO₂, huyết áp.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Người bệnh có thể có khó thở nặng lên (ở người bệnh COPD, suy tim) hoặc xuất hiện đau ngực, chóng mặt, xiu,... cần dừng nghiệm pháp, cho người bệnh nghỉ ngơi, thở oxy, báo bác sĩ để xử trí theo phác đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 292).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT NGHIỆM PHÁP ĐO THỜI GIAN ĐỨNG DẬY VÀ ĐI

1. ĐẠI CƯƠNG

Mục đích: nhằm lượng giá khả năng di chuyển, thăng bằng, khả năng đi bộ và nguy cơ bị ngã ở người cao tuổi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người cao tuổi.
- Bệnh lý thần kinh.
- Bệnh lý cơ xương khớp.
- Nguy cơ ngã ở người cao tuổi,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh rối loạn ý thức.
- Người bệnh không hợp tác.
- Đang có bệnh lý nội khoa cấp tính, không thể đi lại được, đang có bệnh lý cấp chưa kiểm soát được như: đau thắt ngực chưa kiểm soát được, chóng mặt cấp,...

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ PHCN.
- Kỹ thuật viên PHCN.
- Điều dưỡng được đào tạo kỹ thuật.

4.2. Phương tiện

- Ghế có tay vịn có chiều cao 50-60 cm, đồng hồ bấm giây.
- Địa điểm đánh giá có chiều dài 3 m được đánh dấu vạch màu: 1 đầu để ghế để cho người bệnh ngồi, đầu kia là cột mốc đánh dấu.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh và giải thích mục đích và cách thực hiện.

5.2. Bước 2. Đưa người bệnh vào ghế

Người bệnh ngồi trên ghế có tay vịn, mông đặt ở phía sau của ghế. Ghế phải thật vững. Người bệnh được sử dụng tay vịn khi chuyển tư thế từ ngồi sang đứng và ngược lại.

5.3. Bước 3

Kỹ thuật viên làm mẫu và hướng dẫn cách thực hiện cho người bệnh. Khi bạn nói ĐI, người bệnh sẽ đứng lên, đi bộ trên sàn nhà đến vạch đánh dấu, rồi quay lại và đi về phía ghế ngồi rồi ngồi xuống”. Người bệnh đi bộ với tốc độ và sai bước chân bình thường của họ. Người bệnh vẫn sử dụng giày và dụng cụ trợ giúp di chuyển hàng

ngày của họ khi tham gia làm nghiệm pháp, nhưng không người nào được hỗ trợ người bệnh, người bệnh có thể dừng lại và nghỉ ngơi (nhưng không được ngồi xuống) nếu họ cần.

5.4. Bước 4. Ra hiệu lệnh bắt đầu

Thời gian tính từ lúc bạn nói “ĐI” và kết thúc khi người bệnh ngồi lại một cách chính xác vào ghế với lưng tựa vào thành sau ghế.

5.5. Bước 5. Tính kết quả

- Bình thường, người cao tuổi khỏe mạnh thường hoàn thành nhiệm vụ trên trong khoảng thời gian ≤ 10 giây. Người già yếu, hoặc bị bệnh như Parkinson, tai biến mạch não, thoái hóa khớp gối,... khả năng di chuyển kém có thể mất đến 2 phút hoặc nhiều hơn.

- Có thể thực hiện nghiệm pháp này nhiều lần vào những ngày tiếp theo để theo dõi người bệnh.

- Thời gian test 30 phút.

6. THEO DÕI

Người thực hiện theo dõi sát người bệnh trong quá trình thực hiện nghiệm pháp, đi cạnh người bệnh để hướng dẫn người bệnh và đề phòng ngã.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Rất hiếm xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 300).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT NGHIỆM PHÁP DỪNG BƯỚC KHI VỪA ĐI VỪA NÓI

1. ĐẠI CƯƠNG

Nghiệm pháp dừng bước khi vừa đi vừa nói để đánh giá nguy cơ ngã ở người cao tuổi thông qua đánh giá khả năng thực hiện kép 2 nhiệm vụ cùng 1 lúc.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người cao tuổi.
- Nguy cơ ngã ở người cao tuổi,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang mắc các bệnh nội/ngoại khoa cấp tính chưa kiểm soát được.
- Người bệnh không có khả năng đi lại.
- Người bệnh không hợp tác.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phục hồi chức năng.
- Kỹ thuật viên phục hồi chức năng.
- Điều dưỡng được đào tạo về kỹ thuật.

4.2. Phương tiện

- Địa điểm đánh giá có chiều dài 8m, yên tĩnh, đủ ánh sáng.
- Đồng hồ bấm giây.

4.3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích mục đích đánh giá.
- Được hỏi các câu hỏi mở do người đánh giá đặt ra về sở thích, về gia đình về thuốc men,...
- Người bệnh trả lời các câu hỏi trên.
- Các câu hỏi và câu trả lời được ghi chép lại và sử dụng để làm test đánh giá.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1

Yêu cầu người bệnh vừa đi trên đoạn đường 8m liên tục không nghỉ, đi với tốc độ thường ngày của họ.

5.2. Bước 2

Yêu cầu người bệnh đi trên đoạn đường trên lần 2, người đánh giá đi bên cạnh cùng tốc độ với người bệnh, khi người bệnh đi được 2m thì người đánh giá bắt đầu hỏi người bệnh (sử dụng bộ câu hỏi đã có ở phần chuẩn bị).

5.3. Bước 3

Đánh giá kết quả:

- Test âm tính nếu người bệnh vẫn tiếp tục đi hết đoạn đường và vẫn trả lời các câu hỏi của người đánh giá.

- Test dương tính khi người bệnh phải dừng lại để trả lời, thời gian dừng tối thiểu 1 giây, khi người bệnh dừng bước thì người đánh giá vẫn tiếp tục bước thêm ít nhất hơn 1 bước so với người bệnh để đảm bảo tính khách quan. Thời gian 20-30 phút cho nghiệm pháp.

6. THEO DÕI

Mất thăng bằng xảy ra khi người bệnh phải thực hiện 2 nhiệm vụ cùng 1 lúc (vừa đi vừa nói). Người đánh giá luôn đi bên cạnh người bệnh, hỗ trợ khi cần thiết.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Có thể ngã do mất thăng bằng nhưng rất hiếm. Người thực hiện nâng đỡ và giúp người bệnh kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 302).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT NGHIỆM PHÁP TINETTI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ngã ở người cao tuổi tăng dần theo tuổi do giảm chức năng các cơ quan trong cơ thể như teo cơ, đau khớp, giảm thị lực, giảm thăng bằng,...
- Thang điểm Tinetti dùng để đánh giá chức năng thăng bằng động cho người cao tuổi, là công cụ để đánh giá nguy cơ ngã.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đánh giá thăng bằng cho người cao tuổi.
- Đánh giá nguy cơ ngã.
- Xây dựng kế hoạch phục hồi chức năng cho người cao tuổi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nguy cơ đau thắt ngực không ổn định.
- Không kiểm soát được tư thế đứng, rối loạn thăng bằng.
- Huyết áp không ổn định.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên phục hồi chức năng.

4.2. Phương tiện

Địa điểm đánh giá: phòng tập, hành lang đảm bảo không gian yên tĩnh.

4.3. Người bệnh

- Giải thích mục đích làm test.
- Người bệnh ngồi ghế không có tay vịn

4.4. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Thực hiện theo thứ tự bảng đánh giá dưới đây

THANG ĐIỂM TINETTI

***Người bệnh ngồi ghế không có tay vịn**

1 Thăng bằng ngồi

0 Ngã sang 2 bên hoặc trượt ra trước

1 Ngồi vững, chắc chắn

<p>2 Đề nghị người bệnh đứng dậy</p> <p>1 Đứng dậy</p> <p>0 Không thể thực hiện mà không có trợ giúp</p> <p>1 Thực hiện được với trợ giúp ở cánh tay</p> <p>2 Thực hiện được không cần trợ giúp</p>	
<p>3 Cố gắng đứng dậy</p> <p>0 Không thể nếu không có trợ giúp</p> <p>1 Có thể đứng dậy được nhưng cần thử nhiều lần</p> <p>2 Làm được ngay từ lần đầu</p>	
<p>4 Thăng bằng đứng</p> <p>0 Không vững</p> <p>1 Vững nhưng cần dụng cụ trợ giúp</p> <p>2 Vững, không cần trợ giúp</p>	
<p>5 Test kích thích thăng bằng khi chụm chân</p> <p>0 Không vững</p> <p>1 Vững nhưng 2 chân dang rộng trên 10 m hoặc cần dụng cụ trợ giúp</p> <p>2 Vững, 2 chân chụm</p>	
<p>6 Đẩy (người bệnh đứng chụm chân, người đánh giá đẩy người bệnh ở phía trên xương ức, đẩy 3 lần)</p> <p>0 Mất thăng bằng khi đẩy</p> <p>1 Đung đưa nhưng sau đó lấy được thăng bằng</p> <p>2 Đứng vững</p>	
<p>7 Nhắm mắt</p> <p>0 Mất thăng bằng</p> <p>1 Vẫn giữ được thăng bằng</p>	
<p>8 Người bệnh cần phải xoay 360°</p> <p>Giữ vững trụ khi xoay</p> <p>0 Xoay với bước không liên tục</p> <p>1 Xoay với bước liên tục</p>	
<p>9 Giữ vững trụ khi xoay</p> <p>0 Không ổn định</p> <p>1 Ổn định</p>	

<p>10 Người bệnh phải đi 1 đoạn dài 3 m sau đó vòng lại về phía ghế ban đầu, có thể dùng dụng cụ trợ giúp như gậy hoặc khung</p> <p>Đánh giá khởi đầu</p> <p>0 Do dự hoặc thử nhiều lần mới đứng dậy được</p> <p>1 Không do dự, đứng dậy được</p>	
<p>11 Chiều dài bước, chân phải đứng đưa</p> <p>0 Chân phải không vượt qua chân chịu lực</p> <p>1 Vượt qua bước chân trái chịu lực</p>	
<p>12 Chiều cao bước chân, chân phải đứng đưa</p> <p>0 Chân phải không nhấc khỏi nền</p> <p>1 Nhấc cao khỏi nền</p>	
<p>13 Chiều dài bước, chân trái đứng đưa</p> <p>0 Chân trái không vượt qua chân phải chịu lực</p> <p>1 Vượt qua bước chân phải chịu lực</p>	
<p>14 Chiều cao bước chân, chân phải đứng đưa</p> <p>0 Chân trái không nhấc khỏi nền</p> <p>1 Nhấc cao khỏi nền</p>	
<p>15 Đối xứng bước chân</p> <p>0 Chiều bước chân phải và trái không đều</p> <p>1 Chiều dài bước chân phải và trái đều nhau</p>	
<p>16 Liên tục bước chân</p> <p>0 Bước chân không liên tục, dừng bước</p> <p>1 Bước chân liên tục</p>	
<p>Lệch trục đường đi</p> <p>0 Lệch trục rõ so với vạch chỉ dẫn</p> <p>1 Lệch ít, cần dụng cụ trợ giúp</p> <p>2 Không lệch trục, không cần dụng cụ trợ giúp</p>	
<p>Ổn định thân mình</p> <p>0 Đung đưa, cần dụng cụ trợ giúp</p> <p>1 Không lắc lư thân nhưng ngã ra trước hoặc đung đưa cánh tay</p> <p>2 Không đung đưa, không cần phải tì hay vịn</p>	

Độ rộng bước chân Chân đế rộng Chân đế gần như bình thường	
17 Người bệnh phải ngồi trên ghế 0 Ngồi không an toàn, không tính được khoảng cách phù hợp, ngồi phịch xuống ghế 1 Xử dụng cánh tay nhưng các cử động không đều đặn 2 Ngồi an toàn, các cử động đều đặn	
Tổng tối đa 28 điểm	

5.2. Bước 2. Đánh giá kết quả

- Tổng điểm < 20: nguy cơ ngã rất cao.
- Điểm trong khoảng 20-23: nguy cơ ng cao.
- Điểm trong khoảng 24-27: nguy cơ ng ít.
- Điểm 28: bình thường.
- Thời gian test 30-45 phút.

6. THEO DÕI

Trong quá trình đánh giá thang bằng động, người đánh giá đi cạnh người bệnh để hỗ trợ khi người bệnh bị mất thăng bằng, theo dõi các triệu chứng như khó thở, đau ngực, chóng mặt,... cần dừng đánh giá.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Trong quá trình đánh giá thang bằng động, người đánh giá đi cạnh người bệnh để hỗ trợ khi người bệnh bị mất thăng bằng.

- Có thể xuất hiện khó thở hay các triệu chứng đau ngực, chóng mặt,... cần dừng đánh giá, cho người bệnh nghỉ ngơi, theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂ báo bác sĩ để xử trí theo phác đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 304).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LƯỢNG GIÁ TÂM TRÍ TỐI THIỂU MMSE

1. ĐẠI CƯƠNG

Test đánh giá tình trạng tâm lý tối thiểu là thang điểm để đánh giá tình trạng suy giảm nhận thức ở người cao tuổi

2. CHỈ ĐỊNH

- Đánh giá chức năng nhận thức cho người cao tuổi.
- Sàng lọc để chẩn đoán sa sút trí tuệ ở người cao tuổi.
- Là test để theo dõi mức độ suy giảm nhận thức ở người đã có suy giảm nhận thức, dùng trong nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị có ảnh hưởng tới hoạt động nhận thức ở người cao tuổi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh thất ngôn, không hợp tác và sa sút trí tuệ giai đoạn nặng, người bệnh đang có bệnh lý nội, ngoại khoa cấp tính chưa kiểm soát được.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phục hồi chức năng.
- Kỹ thuật viên phục hồi chức năng được đào tạo kỹ thuật.

4.2. Người bệnh

Giải thích mục đích đánh giá MMSE cho người bệnh và người nhà.

4.3. Phương tiện

Phòng đánh giá: yên tĩnh, riêng biệt để người bệnh được tập chung. Thang điểm đánh giá MMSE, chìa khóa, đồng hồ, tờ giấy trắng khổ A4, tẩy, bút viết.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Thời gian: 30-45 phút.

- Đánh giá người bệnh trong phòng yên tĩnh, cần cho người bệnh thời gian để trả lời. Mở đầu nói với người bệnh: Tôi hỏi ông/bà một số câu hỏi để đánh giá đánh giá trí nhớ của ông/của bà, có một số câu hỏi thì tương đối dễ nhưng một số câu khác thì khó hơn, ông/bà cố gắng trả lời các câu hỏi một cách tốt nhất.

5.1. Định hướng thời gian

Chỉ dẫn:

- Hôm nay là ngày bao nhiêu?

Nếu câu trả lời không đúng, không đầy đủ thì đặt tiếp các câu hỏi còn lại không trả lời theo thứ tự sau:

- Năm nay là năm nào?
- Bây giờ là mùa gì?

- Tháng này là tháng mấy ?
- Hôm nay là ngày bao nhiêu ?
- Hôm nay là thứ mấy ?

- Đối với mục này, chỉ những câu trả lời đúng mới được tính điểm. Tuy nhiên, khi người bệnh thay đổi tháng hay mùa để cho người bệnh có thể chỉnh lại câu trả lời sai thì cần hỏi lại người bệnh "ông/bà có chắc chắn là như vậy không?". Nếu người bệnh đưa ra 2 câu trả lời (thứ hay thứ ba) thì cần hỏi lại người bệnh để họ khẳng định lại câu trả lời duy nhất.

- Cho điểm:
 - + Thời gian trả lời cho 1 câu hỏi là 10 giây.
 - + Tính 1 điểm cho mỗi câu trả lời chính xác.

5.2. Định hướng không gian

Chỉ dẫn:

- "Bây giờ tôi sẽ đặt những câu hỏi liên quan đến địa điểm mà tôi và ông /bà đang ở đây".

- Tên bệnh viện mà ông/bà đang nằm điều trị ?

- Nếu người bệnh đến từ tỉnh/thành phố khác thì có thể giới hạn câu trả lời bệnh viện thay bằng thành phố vì nhiều khi tên bệnh viện không được người bệnh biết đến từ trước.

- Bệnh viện này nằm ở thành phố nào?
- Thành phố này nằm ở quận/huyện nào?
- Quận/huyện này thuộc tỉnh nào?
- Ông/bà đang ở tầng thứ mấy?
- Cho điểm:

- + 10 giây cho mỗi câu trả lời.
- + Cho 1 điểm đối với câu trả lời đúng.

5.3. Học và ghi nhớ

Chỉ dẫn:

- Nhắc lại và nhớ 3 từ sau.

- "Tôi nói cho bác 3 từ, bác hãy nhắc lại 3 từ đó và cố gắng nhớ để lát nữa tôi sẽ hỏi lại bác.

- + Chanh (hoặc thuốc lá).
- + Chia khóa (hoặc hoa).
- + Bóng (hoặc cửa).

- Bác hãy nhắc lại 3 từ tôi vừa nói".

- Đưa ra 3 từ trong nhóm, mỗi giây cho 1 từ, nói to rõ ràng với người bệnh, cho 20 giây để trả lời.

- Nếu người bệnh không nhắc lại 3 từ trong lần thử đầu tiên thì nói lại 3 từ trên cho người bệnh để họ có thể nhắc lại đúng trong giới hạn 6 lần nói lại. Thực tế, test nhắc lại chỉ có thể được phân tích nếu như 3 từ đó được ghi nhớ.

- Nếu người bệnh được đánh giá nhiều lần thì cần thay đổi các từ như chanh, lúa, bóng hoặc áo sơ mi, màu xanh, tốt bụng.

- Tính điểm: Cho 1 điểm cho mỗi từ nhắc lại đúng trong lần thử đầu tiên. Ghi lại số lần thử.

5.4. Chú ý và tính toán

- Yêu cầu người bệnh làm phép tính trừ liên tiếp, bắt đầu với 100-7

+ Chỉ dẫn: bác hãy lấy 100-7 rồi lấy kết quả trừ tiếp cho 7 cho đến khi tôi yêu cầu bác dừng lại.

+ Cho phép trợ giúp người bệnh bằng cách nhắc lại "100-7 bằng bao nhiêu?" sau đó nói "bác tiếp tục tính đi".

+ Sẽ dừng lại sau 5 lần thực hiện phép tính trừ đi 7 liên tiếp, cho 1 điểm đối với 1 phép tính có kết quả đúng.

+ Nếu khi tính, người bệnh hỏi lại "cần phải trừ đi bao nhiêu?" thì không được phép nhắc lại mà nói "bác hãy tiếp tục làm như phép tính trước".

+ Nếu như phải đưa lại thông tin thì cần phải bắt đầu lại từ đầu (tính từ bước 100-7).

+ Nếu người bệnh làm sai thì được phép hỏi lại "bác có chắc chắn đúng không?" để cho người bệnh sửa lại. Không được phép chỉ cho người bệnh nếu kết quả quá thấp hay quá cao

- Cho điểm:

+ 10 giây cho mỗi câu trả lời.

+ Tính 1 điểm cho mỗi phép tính đúng.

+ Nếu người bệnh không đạt được tối đa: Khi người bệnh không thể hoặc không muốn làm 5 phép tính thì đưa ra một test khác: đánh vắn ngược từ KHÔNG.

+ "Bác có thể đánh vắn ngược từ KHÔNG bắt đầu từ chữ cái cuối cùng không?"

+ Nếu người bệnh gặp khó khăn khi đánh vắn ngược thì yêu cầu họ đánh vắn xuôi từ KHÔNG để lấy lại tự tin cho họ.

+ Cho điểm.

- Trong test này, số chữ cái xếp liên tiếp theo thứ tự đúng thì được tính điểm.

5.5. Nhắc lại-nhớ

Đề nghị người bệnh nhắc lại 3 từ đã đưa ra từ lúc trước.

- Chỉ dẫn:

+ "Tôi vừa đưa cho bác 3 từ, bác có thể nhắc lại 3 từ đó không?"

+ Đối với mỗi từ quên, hãy đưa ra câu nói, câu hỏi gợi ý để giúp người bệnh nhớ lại "ví dụ như hàng ngày học sinh học ở đâu?"

- Cho điểm:

+ Nếu người bệnh không đưa ra được câu trả lời đầy đủ sau khi đã được gợi ý thì tính 0 điểm và nói với người bệnh câu trả lời đúng.

+ Cho điểm: 10 giây cho mỗi câu trả lời.

+ Cho 1 điểm đối với câu trả lời đúng trước khi cần gợi ý.

5.6. Ngôn ngữ-Gọi tên đồ vật

- Chuẩn bị 2 đồ vật: bút chì và đồng hồ

- Chỉ dẫn: yêu cầu người bệnh gọi tên 2 đồ vật trên.

+ Đưa ra cái đồng hồ và hỏi người bệnh "cái này tên là gì".

+ Đưa ra cái bút chì "thế còn cái này được gọi là gì?".

+ Không được thay thế bằng bút chì bi hay bút viết thông thường.

+ Người bệnh không được cầm hoặc sờ vào những đồ vật trên.

- Cho điểm:

+ 10 giây cho 1 câu hỏi.

+ Câu trả lời ngoài hai từ đồng hồ và bút chì không được chấp nhận.

+ Tính 1 điểm cho câu trả lời đúng

5.7. Yêu cầu người bệnh nhắc lại

"Không NHƯNG, không NẾU, không VÀ"

- Chỉ dẫn:

+ Bác chú ý lắng nghe tôi nói những từ sau và nhắc lại chúng:

+ "Không NHƯNG, không NẾU, không VÀ".

+ Những từ này cần được nói to, rõ ràng trước mặt người bệnh.

+ Nếu người bệnh nói không nghe rõ, không nhắc lại thì cho phép người đánh giá nhắc lại yêu cầu cần làm ở giai đoạn cuối của thời gian làm test.

- Cho điểm:

+ Tính 1 điểm nếu nhắc lại hoàn chỉnh các từ.

+ Cho 0 điểm nếu sai.

5.8. Làm theo mệnh lệnh viết

Yêu cầu người bệnh đọc và theo các chỉ dẫn sau (đánh giá khả năng hiểu ngôn ngữ viết)

- Chỉ dẫn: Đưa ra 1 tờ giấy có viết dòng chữ to, in đậm: **HÃY NHẮM MẮT** và nói với người bệnh đọc dòng chữ đó và làm theo gì ghi ở trên giấy.

- Cho điểm:

- + Đẻ 5 giây để người bệnh thực hiện.
- + Chỉ tính điểm khi người bệnh nhắm mắt.
- + Tính 1 điểm nếu mệnh lệnh được thực hiện đúng.

5.9. Làm theo mệnh lệnh viết

Yêu cầu người bệnh làm theo mệnh lệnh theo 3 giai đoạn.

- Chỉ dẫn

- + Đặt 1 tờ giấy trắng trên bàn.
- + Yêu cầu người bệnh cầm tờ giấy bằng tay phải.
- + Hãy gấp làm đôi.
- + Tiếp theo hãy ném tờ giấy xuống đất.
- + Nếu người bệnh dừng không làm thì nhắc người bệnh thực hiện tiếp nhưng không được phép nhắc lại yêu cầu.

- Cho điểm: Tính 1 điểm cho mỗi mệnh lệnh được thực hiện đúng.

5.10. Yêu cầu người bệnh viết 1 câu (ngôn ngữ viết)

- Chỉ dẫn: yêu cầu người bệnh viết 1 câu trên 1 tờ giấy: bây giờ bác hãy viết 1 câu bất kỳ tùy theo bác muốn nhưng là 1 câu đầy đủ (tối thiểu chủ ngữ và vị ngữ).

- Nếu người bệnh không viết câu hoàn chỉnh thì hỏi lại người bệnh "đây là 1 câu có đúng không?" để người bệnh có thể sửa được câu đ viết nếu phát hiện ra sai.

- Cho điểm:

- + Dành 30 giây để người bệnh thực hiện yêu cầu.
- + Tính 1 điểm nếu người bệnh viết được câu tối thiểu có chủ ngữ và vị ngữ không tính đến lỗi chính tả.

5.11. Thực dụng xây dựng

Yêu cầu người bệnh vẽ lại hình ảnh cho sẵn

- Chỉ dẫn: Đưa cho người bệnh 1 tờ giấy trên đó có 2 hình ngũ giác chồng lên nhau ở 1 góc và nói với người bệnh: "Bác hãy vẽ lại hình này" và đưa cho người bệnh bút chì và cục tẩy để xóa.

- Cho điểm:

- + Cho phép người bệnh làm lại nhiều lần trong khoảng thời gian 1 phút.
- + Cho 1 điểm nếu như tất cả các góc đều thực hiện được và thấy được phần 2 hình chồng lên nhau.

5.12. Đọc kết quả

- MMSE từ > 26: bình thường.

- MMSE từ 20-26: suy giảm nhận thức nhẹ, gửi chuyên khoa thần kinh, lão khoa để tìm nguyên nhân, theo dõi MMSE 6 tháng/lần, có thể cần trợ giúp.

- MMSE từ 10-20: suy giảm nhận thức trung bình, cần gửi khám chuyên khoa lão khoa, thần kinh để chẩn đoán nguyên nhân. Đòi hỏi cần trợ giúp và giám sát 24/24 giờ.

- MMSE từ 0-10: suy giảm nhận thức nặng, đòi hỏi trợ giúp hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày

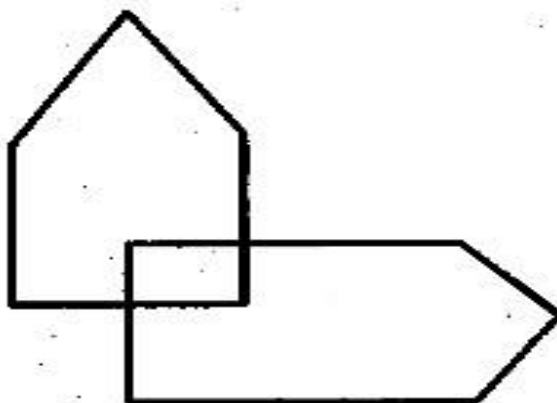
ĐÁNH GIÁ TRẠNG THÁI TÂM THẦN TỐI THIỂU (MMSE)

Đánh giá	Điểm tối đa	Điểm của người bệnh
1. Định hướng thời gian - Năm nay là năm gì? - Mùa này là mùa gì? - Tháng này là tháng mấy? - Hôm nay là ngày bao nhiêu? - Hôm nay là thứ mấy?	1 1 1 1 1	
2. Định hướng không gian - Tên bệnh viện mà ông/bà đang nằm điều trị? - Bệnh viện này nằm ở thành phố nào? - Thành phố này nằm ở quận/huyện nào? - Quận/huyện này thuộc tỉnh nào? - Ông/bà đang ở tầng thứ mấy?	1 1 1 1 1	
3. Ghi nhớ Tôi sẽ đọc ba từ, sau khi đọc xong đề nghị cụ nhắc lại. Cụ phải nhớ thật kỹ vì lát nữa tôi sẽ hỏi lại. Đọc chậm rãi ba từ, giữa mỗi từ nghỉ khoảng một giây: - Bóng bàn - Ô tô - Trường học	1 1 1	

<p>4. Chú ý và tính toán</p> <p>Làm phép tính 100 trừ 7 cho đến khi báo ngừng:</p> <p>100-7 = 93</p> <p>93-7 = 86</p> <p>86-7 = 79</p> <p>79-7 = 72</p> <p>72-7 = 65</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	
<p>5. Nhớ lại</p> <p>Hãy nhắc lại ba từ mà lúc n y tôi đ yêu cầu cụ nhớ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bóng bàn - Ô tô - Trường học 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	
<p>6. Gọi tên đồ vật</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chỉ vào đồng hồ đeo tay, hỏi “Đây là cái gì?” - Chỉ vào bút chì, hỏi “Đây là cái gì?” 	<p>1</p> <p>1</p>	
<p>7. Nhắc lại câu</p> <p>Ông/bà hãy nhắc lại câu sau đây: “Không nếu, và, hoặc nhưng”</p>	<p>1</p>	
<p>8. Làm theo mệnh lệnh viết</p> <p>Ông/bà hãy đọc những từ ghi trong tờ giấy này và làm theo yêu cầu ghi trong đó. Đưa cho người bệnh một tờ giấy trong đó có ghi: “Hãy nhắm mắt lại”.</p>	<p>1</p>	
<p>9. Thực hiện mệnh lệnh ba giai đoạn</p> <p>Người đánh giá cầm một tờ giấy, giơ ra trước mặt người bệnh và nói “ông/bà hãy cầm tờ giấy này bằng tay phải, gấp lại làm đôi bằng hai tay, rồi đặt tờ giấy xuống sàn nhà”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cầm tờ giấy bằng tay phải - Gấp làm đôi - Đặt xuống sàn 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	
<p>10. Viết</p> <p>Đưa cho người bệnh một cái bút chì rồi nói “ông/bà hãy viết bất kỳ một câu nào dưới dòng này”</p>	<p>1</p>	

11. Vẽ lại hình Cho người bệnh xem hình vẽ sau đây, kèm một cái bút chì, tẩy, rồi đề nghị người bệnh “ông/bà vẽ lại hình này xuống phía dưới”	1	
Tổng điểm	30	

ÔNG/BÀ HÃY NHẢM MẮT LẠI. HÃY VẼ LẠI HÌNH DƯỚI ĐÂY



6. THEO DÕI

Theo dõi quá trình đang điều trị tại khoa phòng.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Đây là một phương pháp, không can thiệp, chưa ghi nhận tai biến nào trong quá trình lượng giá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 308).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐÁNH GIÁ NHẬN THỨC BẰNG TEST MOCA (Motreal Cognitive Assessment)

1. ĐẠI CƯƠNG

Test đánh giá nhận thức (MoCA) được tạo ra như là một phương tiện nhanh để đánh giá tình trạng rối loạn nhận thức mức độ nhẹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh tổn thương não sau tai biến mạch máu não,
- Chấn thương sọ não, sau phẫu thuật, can thiệp sọ não hay mạch não (ví dụ người bệnh dị dạng mạch não chưa vỡ), viêm não, teo não, sa sút trí tuệ, bệnh Alzheimer.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định bắt buộc (nhưng hạn chế khả năng đánh giá ở người bệnh bị thất ngôn).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phục hồi chức năng
- Kỹ thuật viên hoạt động trị liệu, nhận thức.

4.2. Phương tiện

- Bảng đánh giá MoCA: 01 bảng.
- Bút: 01 chiếc.
- Đồng hồ: 01 chiếc.

4.3. Người bệnh

- Được đưa vào phòng đánh giá riêng, yên tĩnh tránh bị mất tập trung.
- Được giải thích kỹ về việc đánh giá nhận thức.
- Ngồi vào bàn, tiến hành lượng giá 1 người bệnh-1 kỹ thuật viên.

4.4. Hồ sơ bệnh án

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Thời gian: 10-20 phút.
- Kiểm tra hồ sơ.
- Kiểm tra người bệnh: ghi rõ họ tên, tuổi, trình độ học vấn, ngày đánh giá.
- Các bước tiến hành: thực hiện lần lượt theo trình tự sau:

5.1. Bước 1. Đánh giá thị giác (nói xen kẽ)

- Cách làm: người đánh giá hướng dẫn cách làm như sau: “Nói xen kẽ số và chữ, theo alphabert đối với chữ và theo thứ tự tăng dần với số. Bắt đầu từ số 1 và nói từ 1 tới A, sau đó đến 2 rồi tiếp tục như vậy cho đến kết thúc ở E.

- Tính điểm:
 - + điểm: nếu nối thành công như sau: 1-A-2-B-3-C-4-D-5-E, không có bất cứ đường nối chéo nào.
 - + 0 điểm: bất kỳ đường nối không đúng nào.

5.2. Bước 2. Đánh giá thị giác (vẽ hình trụ)

- Cách làm: người đánh giá đưa ra hướng dẫn, kẻ nối theo nét hình trụ: “kẻ nối lại một cách chính xác hình bạn có thể làm vào khoảng cách ở bên dưới”
- Tính điểm: 1 điểm khi nối đúng các đường nét:
 - + Đường nối phải có theo không gian 3 chiều.
 - + Tất cả các đường hay hình oval phải được vẽ.
 - + Không có thêm đường nét nào.
 - + Các đường dọc phải là những đường song song.
 - + Hình khối được kết thúc bằng hình oval chứ không phải hình tròn.
 - + Các đường dọc phải nối tới đỉnh/đáy của hình oval.
 - + Không có điểm nếu bất kỳ tiêu chuẩn nào ở trên không được đáp ứng.

5.3. Bước 3. Đánh giá thị giác (vẽ đồng hồ)

- Cách làm: cho biết không gian 3 chiều và đưa ra hướng dẫn: “vẽ đồng hồ. Điền tất cả số và đặt thời gian là 10h:9p”.
- Tính điểm: 1 điểm với mỗi tiêu chuẩn trong 3 tiêu chuẩn sau:
 - + Vòng tròn (1 điểm): mặt đồng hồ phải là hình tròn, có thể chấp nhận hình hơi méo.
 - + Số (1 điểm): tất cả các số trên mặt đồng hồ phải đủ, không thêm số nào khác, các số phải theo đúng thứ tự và vị trí trong các khoảng phân tư của mặt đồng hồ. Số La Mã có thể chấp nhận được, các số có thể ở ngoài đường viền vòng tròn.
 - + Kim (1 điểm): phải có 2 kim chỉ đúng thời gian, kim giờ phải ngắn hơn kim phút, các kim có chung điểm tâm ở chính giữa mặt đồng hồ.
 - + Không có điểm khi bất kỳ các tiêu chuẩn ở trên không được đáp ứng.

5.4. Bước 4. Điền tên

- Cách làm: bắt đầu từ bên trái, chỉ vào từng vật và nói: “Hãy nói tên của các con vật”.
- Tính điểm: 1 điểm: nếu điền đúng: 1: con lừa (con la); 2: con lợn; 3: con kangaroo.

5.5. Bước 5. Trí nhớ

- Cách thức: Người đánh giá đọc 5 từ với tốc độ khoảng 1 giây 1 từ, đưa ra hướng dẫn:

+ “Đây là bài kiểm tra trí nhớ. Tôi sẽ đọc một danh sách các từ, bạn phải nhớ các từ đó ngay bây giờ và cả sau nữa. Hãy nghe cẩn thận. Khi tôi đọc qua rồi, hãy nói cho tôi bao nhiêu từ bạn có thể nhớ. Nó không quan trọng thứ tự bạn nói các từ.”

+ Đánh dấu vào mỗi từ mà người tham gia đã trình bày trong thử thách đầu tiên. Khi người tham gia nói là họ đã hoàn thành (nói lại tất cả các từ) hoặc không thể nói nhiều hơn được nữa, đọc hướng dẫn lần 2: “tôi sẽ đọc lại danh sách từ lần thứ 2. Hãy cố gắng nhớ và nói cho tôi bao nhiêu từ bạn có thể nhớ, bao gồm các từ bạn đã nói trong lần thứ nhất”.

+ Kiểm tra các từ mà người tham gia nói lại sau thử nghiệm thứ 2. Kết thúc thử nghiệm thứ 2, nói cho người được đánh giá rằng anh/chị sẽ đọc lại tất cả các từ đó lần nữa: "Tôi sẽ hỏi bạn lại tất cả các từ đó một lần nữa khi hoàn thành bài kiểm tra."

- Tính điểm: không có điểm khi hoàn thành thử nghiệm 1 và 2. Có điểm khi chậm trễ nhắc lại từ trong các thử nghiệm.

5.6. Bước 6. Sự tập trung

- Đọc số xuôi: cách thức: đưa ra hướng dẫn: "tôi sẽ nói một vài số và khi tôi nói qua rồi hãy nhắc lại chính xác những gì tôi nói". Đọc 5 số liên tục, trung bình 1 giây 1 từ.

- Đọc số ngược: cách thức: đưa ra hướng dẫn: “bây giờ, tôi sẽ đọc một vài số, nhưng khi tôi nói qua rồi bạn phải nhắc lại chúng theo thứ tự ngược lại.” Đọc 3 số liên tục, trung bình 1 giây 1 từ.

- Tính điểm: 1 điểm cho mỗi chuỗi nhắc lại đúng (trả lời đúng trong thử nghiệm đọc ngược lại là: 4-7-1).

5.7. Bước 7. Sự tập trung

- Cách thức: người đánh giá đọc danh sách các chữ cái, trung bình 1 giây 1 từ, sau đó hướng dẫn họ: “tôi sẽ đọc liên tục một số chữ cái. Mỗi lần tôi nói chữ A, tôi sẽ đập vào tay bạn. Nếu tôi nói chữ cái khác, tôi sẽ không đập tay bạn”.

- Tính điểm: 1 điểm: nếu không có lỗi (một lỗi là đập tay vào chữ cái sai hay thất bại trong lần đập tay chữ cái A).

5.9. Bước 8. Sự tập trung

- Cách thức: người đánh giá đưa ra hướng dẫn: “bây giờ, tôi sẽ hỏi bạn làm phép trừ 7 bắt đầu từ 80 và sau đó, tiếp tục trừ 7 trong các câu trả lời của bạn cho tới khi tôi nói bạn dừng lại.” Cung cấp hướng dẫn lần 2 nếu cần thiết.

- Tính điểm: mục này có 3 điểm. Không được điểm nào nếu không có phép trừ đúng, 1 điểm nếu có 1 phép trừ đúng, 2 điểm nếu có 2-3 phép trừ đúng, và 3 điểm nếu người tham gia làm đúng 4-5 phép trừ đúng. Tính đúng mỗi phép trừ 7, bắt đầu từ 80. Mỗi phép trừ được đánh giá độc lập; tức là nếu người tham gia bắt đầu với một số sai nhưng tiếp tục trả lời đúng phép trừ 7 từ nó, cho điểm cho mỗi phép trừ đúng. Ví dụ, người tham gia có thể có chuỗi “72-65-58-51-44”, bắt đầu từ số 72 là sai, nhưng tất cả các số sau đều được trừ đúng. Đó là một lỗi. Mục này có thể đạt được 3 điểm.

5.9. Bước 9. Nhắc lại câu

- Cách thức: Người đánh giá hướng dẫn: "tôi sẽ đọc 1 câu. Hãy nhắc lại sau tôi, chính xác những từ tôi nói: Cô nghe luật sư của anh ấy nói rằng có một người kiện sau vụ tai nạn".

- Sau đó nói tiếp: "Bây giờ, tôi sẽ đọc câu khác. Hãy nhắc lại sau tôi, chính xác những điều tôi nói: những bé gái mà ăn quá nhiều kẹo ngọt bị đau bụng".

- Tính điểm: 1 điểm cho những câu nhắc lại đúng. Nhắc lại phải chính xác. Có các lỗi có thể có là bỏ sót từ (bỏ từ "quá nhiều") và thiếu hay thêm từ hay từ số nhiều...

5.1. Bước 10. Khả năng nói trôi chảy

- Cách thức: người đánh giá hướng dẫn: "Nói cho tôi các từ mà bạn có thể nghĩ bây giờ mà chắc chắn trong bảng chữ cái alphabet. Bạn có thể nói bất cứ từ nào bạn muốn, trừ các danh từ (như Nam hay Hà Nội), số hay từ mà bắt đầu cùng chữ cái đầu mà khác dấu, ví dụ: bò, bó, bở, bọ... tôi sẽ nói bạn dừng lại sau một phút. Bạn sẵn sàng rồi chứ? Bây giờ hãy nói cho tôi các từ mà bạn có thể nghĩ ra bắt đầu bằng chữ cái B.(thời gian 60s). Dừng lại".

- Tính điểm: 1 điểm khi người tham gia nói được 11 từ hoặc nhiều hơn trong 60 giây. Ghi lại câu trả lời của người tham gia ở lề bên dưới.

5.11. Bước 11. Khái quát hóa

- Cách thức: người đánh giá hỏi đối tượng tham gia giải thích các từ thông thường, bắt đầu với ví dụ : "Hãy nói cho tôi quả cam và quả chuối giống nhau như thế nào". Nếu người tham gia trả lời một cách cụ thể, sau đó nhắc lại một lần duy nhất: "Hãy nói cho tôi từ cùng nghĩa với những từ đ cho". Nếu đối tượng không đưa ra được câu trả lời thích hợp (hoa quả), nói "đúng, chúng đều là hoa quả". Không đưa ra bất cứ lời hướng dẫn hay gợi ý nào khác. Sau thử nghiệm này, nói: "bây giờ, hãy nói cho tôi mắt và tai giống nhau như thế nào?".

- Sau câu trả lời, tiếp tục thử nghiệm thứ 2, và nói: "nói cho tôi kèn và piano giống nhau như thế nào". Không đưa thêm bất cứ lời hướng dẫn hay gợi ý nào.

- Tính điểm: chỉ 2 cặp cuối là được tính điểm. 1 điểm cho mỗi cặp trả lời đúng. Câu trả lời được chấp nhận là: mắt-tai: các giác quan, bộ phận ở đầu, bộ phận của cơ thể.

+ Kèn-piano: nhạc cụ, bạn có thể chơi chữ.

+ Câu trả lời không được chấp nhận: mắt-tai: bộ phận của mặt.

5.12. Bước 12. Kiểm tra trí nhớ bằng nhắc lại từ đã đọc (bước 5)

- Cách thức: người đánh giá đưa ra hướng dẫn: "tôi đọc một vài từ cho bạn trước, từ mà tôi sẽ hỏi bạn để bạn nhớ. Nói cho tôi những từ mà bạn có thể nhớ".

- Đánh dấu (✓) cho mỗi câu trả lời đúng mà không có gợi ý.

- Tính điểm: 1 điểm cho mỗi câu trả lời đúng không có gợi ý.

Tùy chọn:

Sau thử nghiệm, gợi ý cho đối tượng về ngữ nghĩa, loại từ mà không được phản hồi lại. Đánh dấu (✓) vào ô nếu người bệnh nhớ được từ với sự gợi ý về loại hay một nhóm gợi ý lựa chọn. Gợi ý tất cả các từ mà không được phản hồi lại một cách cụ thể. Nếu người bệnh không trả lời được từ sau gợi ý về loại, cung cấp cho họ nhóm các lựa chọn, sử dụng sau ví dụ hướng dẫn sau: “bạn nghĩ rằng đó là từ nào trong các từ sau đây, XE ĐẠP, TÀU LỬA, hay THUYỀN BUỒM?”

Sử dụng các loại và hoặc nhóm lựa chọn gợi ý về các từ sau, khi thích hợp TÀU LỬA: gợi ý loại: phương tiện giao thông nhóm lựa chọn: xe đạp, tàu lửa, thuyền.

TRÚNG: gợi ý loại: loại thức ăn bạn ăn nhóm lựa chọn: sandwich, cà rốt, trứng

MŨ: gợi ý loại: chủ đề về quần áo nhóm lựa chọn: mũ, găng tay, khăn

GHẾ: gợi ý loại: nội thất nhóm lựa chọn: bàn, ghế, đèn

XANH: gợi ý loại: màu sắc nhóm lựa chọn: xanh, nâu, cam

Tính điểm: không có điểm cho các từ trả lời có gợi ý. Một gợi ý được dùng với mục đích cung cấp thông tin và đưa ra bài kiểm tra, người giải thích thêm thông tin về các loại của rối loạn trí nhớ. Trí nhớ giảm vì giảm khả năng phục hồi, kết quả có thể được cải thiện nếu cho thêm gợi ý. Trí nhớ giảm vì giảm khả năng mã hóa thông tin, kết quả không thể cải thiện nếu cho thêm gợi ý.

5.13. Bước 13. Đánh giá định hướng

- Cách thức: người đánh giá đưa ra hướng dẫn: “Hãy nói cho tôi ngày hôm nay là ngày nào”. Nếu đối tượng không đưa ra được câu trả lời đầy đủ, thì đưa ra gợi ý tiếp: “Nói cho tôi (năm, tháng, ngày chính xác và ngày trong tuần). Sau đó nói: “Bây giờ, nói cho tôi tên địa chỉ, thành phố bạn đang sống.”

- Tính điểm: 1 điểm cho mỗi câu trả lời đúng. Đối tượng phải nói chính xác ngày và chính xác địa điểm (tên của bệnh viện, phòng khám, bưu điện). Không có điểm nếu không chính xác ngày trong các ngày hay ngày trong tháng.

5.14. Bước 14. Tổng điểm

Tổng điểm ghi ở lề bên phải. Cộng thêm 1 điểm nếu là trẻ em ≤ 12 tuổi đi học, tổng điểm tối đa đạt được là 30 điểm. Tổng điểm từ 26 điểm trở lên được coi là bình thường.

6. THEO DÕI

- Theo dõi quá trình đang điều trị tại trung tâm, khoa phòng.
- Theo dõi tái khám: đánh giá lại người bệnh sau 2 tuần, 1 tháng.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chưa ghi nhận tai biến nào trong quá trình lượng giá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 316).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC ĐIỀU TRỊ LOÉT DO ĐÈ ÉP ĐỘ I, II

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa loét do đè ép

Loét do đè ép là vết thương khu trú ở da và/hoặc tổ chức dưới da, thường xuất hiện ở những vùng xương lồi ít phần mềm che phủ, do hậu quả của việc đè ép hoặc cọ xát.

1.2. Phân loại loét do đè ép

- Theo hướng dẫn chung của Hội đồng tư vấn loét do đè ép Hoa Kỳ (NPUAP) và Hội đồng tư vấn loét do đè ép Châu Âu (EPUAP) năm 2014, loét do đè ép được phân thành 4 mức độ hay 4 giai đoạn, ngoài ra còn có 2 dạng không đặc hiệu khác.

- + Loét độ I: vết đỏ da không làm trắng được.
- + Loét độ II: loét một phần bề dày lớp da.
- + Loét độ III: loét toàn bộ bề dày lớp da.
- + Loét độ IV: loét hết lớp da và tổ chức dưới da.

- Hai mức độ loét không đặc hiệu khác:

- + Vết loét không xác định được mức độ
- + Nghi ngờ tổn thương sâu

2. CHỈ ĐỊNH

Loét do đè ép độ I và II.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên được đào tạo.

4.2. Phương tiện

- Tấm trải giường.
- Nước muối sinh lý.
- Khăn, bông, gạc.
- Một khay dụng cụ thay băng vết loét.
- Tấm trải giường.
- Nước muối sinh lý.
- Khăn, bông, gạc.
- Một khay dụng cụ thay băng vết loét.

4.3. Người bệnh

Giải thích rõ về quy trình kỹ thuật chăm sóc vết loét.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án chẩn đoán, các xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán và phiếu chỉ định của bác sĩ.
- Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án.
- Thang điểm PUSH theo dõi quá trình liền vết loét (Pressure Ulcer Scale of Healing).

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án và các phiếu chỉ định.

5.2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra người bệnh xem đúng chỉ định không.
- Kiểm tra các điểm tì đè.
- Sử dụng thang điểm PUSH để theo dõi vết loét.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

(20-30 phút)

a) Đối với loét độ I

- Vệ sinh da khô ráo và sạch sẽ.
- Không xoa bóp hay chà xát lên vết loét độ I.
- Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, tránh tì đè lên vùng đỏ da. Nên đặt người bệnh nằm nghiêng 30-40 độ (nửa ngửa). Tránh nằm nghiêng vuông góc 90° hoặc tư thế Fowler.
- Thay đổi tư thế của người bệnh trên giường hoặc trên xe lăn thường xuyên. Đối với vết loét vùng cụt hoặc ụ ngồi, không nên cho người bệnh ngồi quá 60 phút mỗi lần, mỗi ngày không quá 3 lần.
- Cho người bệnh nằm/ngồi trên đệm phù hợp. Không sử dụng vòng hơi hoặc gối tay chứa nước để dự phòng loét.
- kê phần cẳng chân lên gối chêm để gót chân không chạm mặt giường.
- Hướng dẫn người bệnh thực hiện các bài tập nâng người để giảm chèn ép khi đang nằm hoặc đang ngồi.
- Đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ ở mức 30-35 kcalories/kg thể trọng, cung cấp lượng protein đầy đủ ở mức 1.25 đến 1.5 gam/kg thể trọng. Bù dịch đầy đủ.

b) Đối với loét độ II:

- Thực hiện các bước đánh giá, chăm sóc và dự phòng như trên.

- Làm sạch vết loét bằng nước muối sinh lý NaCl 0,9% hoặc các dung dịch làm sạch có pH trung tính.

- Đắp vết loét bằng các loại gạc phù hợp với vết loét độ II như gạc hydrocolloid hay gạc hydrogel. Không nên sử dụng gạc Gauze để đắp trực tiếp lên vết loét vì dễ gây nhiễm khuẩn, gây đau và làm tổn thương vết loét khi thay gạc.

- Hạn chế sử dụng kháng sinh dạng xịt hoặc bôi lên vết loét. Chỉ sử dụng kháng sinh đường toàn thân khi có dấu hiệu nhiễm trùng.

- Có thể sử dụng kích thích điện, điện từ trường, laser, tử ngoại để hỗ trợ trong điều trị loét độ II.

6. THEO DÕI

- Theo dõi và đánh giá nguy cơ loét ở các vị trí khác có nguy cơ hình thành loét, đặc biệt ở những vùng tỳ đè.

- Theo dõi thường xuyên và đánh giá tình trạng vết loét.

- Theo dõi tình trạng đau vết loét và các dấu hiệu nhiễm trùng.

- Giáo dục người bệnh, người nhà người bệnh biết cách dự phòng, bảo vệ và chăm sóc loét.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đau: thao tác nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật. Dùng thuốc giảm đau theo đúng chỉ định.

- Nhiễm trùng: đảm bảo nguyên tắc vô trùng. Kháng sinh đường toàn thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 334).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC ĐIỀU TRỊ LOÉT DO ĐÈ ÉP ĐỘ III, IV

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa loét do đè ép

Loét do đè ép là vết thương khu trú ở da và/hoặc tổ chức dưới da, thường xuất hiện ở những vùng xương lồi ít phần mềm che phủ, do hậu quả của việc đè ép hoặc cọ xát.

1.2. Phân loại loét do đè ép

Theo hướng dẫn chung của Hội đồng tư vấn loét do đè ép Hoa Kỳ (NPUAP) và Hội đồng tư vấn loét do đè ép Châu Âu (EPUAP) năm 2014, loét do đè ép được phân thành 4 mức độ hay 4 giai đoạn, ngoài ra còn có 2 dạng không đặc hiệu khác.

2. CHỈ ĐỊNH

Loét do đè ép độ III và IV.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.
- Áp dụng cho tất cả trường hợp loét do đè ép độ III và IV.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên được đào tạo.

4.2. Phương tiện

- Tấm trải giường.
- Nước muối sinh lý.
- Khăn, bông, gạc.
- Một khay dụng cụ thay băng vết loét.
- Tấm trải giường.
- Nước muối sinh lý.
- Một khay dụng cụ thay băng vết loét.

4.3. Người bệnh

Giải thích rõ về quy trình kỹ thuật chăm sóc vết loét.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án chẩn đoán, các xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán và phiếu chỉ định của bác sĩ.
- Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án.
- Thang điểm PUSH theo dõi quá trình liền vết loét (Pressure Ulcer Scale of Healing).

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án và các phiếu chỉ định.

5.2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra người bệnh xem đúng chỉ định không
- Kiểm tra các điểm tì đè.
- Sử dụng thang điểm PUSH để theo dõi vết loét.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

(20-30 phút)

- Làm sạch vết loét bằng nước muối sinh lý NaCl 0,9% hoặc các dung dịch làm sạch có pH trung tính.

- Cắt lọc tổ chức hoại tử.
- Thấm khô vết loét bằng gạc vô trùng.
- Đắp vết loét bằng các loại gạc phù hợp với vết loét độ III hoặc độ IV.
- Sử dụng gạc hydrocolloid cho loét độ III nông không dấu hiệu nhiễm khuẩn.
- Sử dụng gạc hydrogel cho những vết loét sạch, đang lên tổ chức hạt, nền vết loét khô, vết loét gây đau.
- Sử dụng gạc alginate đối với vết loét sâu hoặc có dấu hiệu nhiễm khuẩn.
- Sử dụng gạc collagen đối với loét độ III và IV khó lành.
- Không sử dụng gạc Gauze để đắp trực tiếp lên vết loét vì dễ gây nhiễm khuẩn, gây đau và làm tổn thương vết loét khi thay gạc.
- Hạn chế sử dụng kháng sinh dạng xịt hoặc bôi lên vết loét. Chỉ sử dụng kháng sinh đường toàn thân khi có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Sử dụng thuốc giảm đau và các phương pháp giảm đau không dùng thuốc khác trong trường hợp người bệnh có đau vết loét.
- Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, tránh tì vết loét. Nên đặt người bệnh nằm nghiêng 30-40° (nửa ngửa). Tránh nằm nghiêng vuông góc 90° hoặc tư thế Fowler.
- Thay đổi tư thế của người bệnh trên giường hoặc trên xe lăn thường xuyên. Đối với vết loét vùng cùi chỏ hoặc ụ ngồi, không nên cho người bệnh ngồi quá 60 phút mỗi lần, mỗi ngày không quá 3 lần.
- Cho người bệnh nằm/ngồi trên đệm phù hợp. Không sử dụng vòng hơi hoặc găng tay chứa nước để dự phòng loét.
- kê phần cẳng chân lên gối chêm để gót chân không chạm mặt giường.
- Hướng dẫn người bệnh thực hiện các bài tập nhắc người để giảm chèn ép khi đang nằm hoặc đang ngồi.
- Đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ ở mức 30-35 kcalories/kg thể trọng, cung cấp lượng protein đầy đủ ở mức 1.25 đến 1.5 gam/kg thể trọng. Bù dịch đầy đủ.

- Các kỹ thuật điều trị hỗ trợ:
 - + Kích thích điện, sóng radio dạng xung, điện từ trường dạng xung.
 - + Có thể sử dụng laser, tử ngoại để điều trị loét độ III, IV.
 - + Liệu pháp áp lực âm (VAC).

6. THEO DÕI

- Theo dõi và đánh giá nguy cơ loét ở các vị trí có nguy cơ khác.
- Theo dõi và đánh giá tình trạng vết loét thường xuyên.
- Theo dõi tình trạng đau vết loét và các dấu hiệu nhiễm trùng.
- Giáo dục người bệnh, người nhà người bệnh biết cách dự phòng, bảo vệ và chăm sóc loét.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đau: cần thao tác nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật. Dùng thuốc giảm đau theo đúng chỉ định.
- Nhiễm trùng: đảm bảo nguyên tắc vô trùng. Kháng sinh đường toàn thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 337).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG TAY GIẢ TRÊN KHUYỬ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tay giả là sự thay thế cho một phần tay của cơ thể bị mất đi. Không có tay giả nào có thể thay thế được hoàn toàn tất cả các chức năng của tay thật.

- Đối với mức cắt cụt cao trên khuỷu cần phải có một khớp khuỷu giả, cần có một hệ thống dây treo đơn giản, người cụt tay có thể tự mang lấy.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mức cắt cụt ngang xương cánh tay.
- Tháo khớp khuỷu và những mức cắt cụt ở khớp khuỷu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mỏm cụt nhiễm trùng sau phẫu thuật.
- Sung, phù nề đầu mỏm cụt
- Co rút hay biến dạng gập khớp vai.
- Tay giả trên khuỷu không vừa vặn.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Kỹ thuật viên vật lý trị liệu

4.2. Phương tiện

Tay giả trên khuỷu, bàn tập, ghế ngồi.

4.3. Người bệnh

Phải hợp tác và được giải thích rõ mục đích tập luyện.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Được Bác sĩ chỉ định tập luyện với tay giả trên khuỷu.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

Thông tin về cách sống, tâm lý và việc làm của người cụt tay.

5.2. Kiểm tra người bệnh

Hiểu biết được các phần của tay giả để tham gia tích cực vào quá trình tập luyện sử dụng tay giả.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Cách mang và tháo tay giả ra:

+ Sử dụng tay giả thẩm mỹ: trước tiên sẽ mặc một vòng đai nách ở tay lành rồi hất tay giả để đưa vào ổ mỏm cụt. Người cụt trên khuỷu có khúc cụt dài hơn sẽ đặt tay giả vào trong mỏm cụt sau khi mang các dây đai xung quanh tay lành của họ. Điều này có thể khó khăn và phải được tập luyện nhiều.

+ Sử dụng tay giả chức năng dùng năng lượng cơ thể: Trước tiên, mỏm cụt được đặt vào trong ổ mỏm cụt, các dây đeo được đưa ngang vòng qua lưng và những móc khóa dây nách sẽ được buộc chặt lại.

- Hướng dẫn cách tháo và gắn lại kẹp móc.

- Hướng dẫn cách tháo và gắn lại hệ thống dây điều khiển.

- Hướng dẫn cách thay đổi vị trí cổ tay, có loại cổ tay giả xoay được.

- Nắm bộ phận điều khiển, đóng mở kẹp móc, cho người cụt tay lập lại vài lần.

- Cách khóa và mở khớp khuỷu:

+ Kỹ thuật viên để tay trên vai (bên cắt cụt) để giữ vai cho vững chắc, nói người bệnh giãn nghi, bắt đầu với khuỷu không khóa và thẳng.

+ Kỹ thuật viên đưa tay giả về phía sau cho đến khi nghe khuỷu tay khép lại. Tiếp tục giữ vai người bệnh với tay kia.

+ Lập lại nhiều lần, rồi để người bệnh tự làm cử động này với sự điều khiển của mỏm cụt. Khi mới tập khóa khuỷu, bảo người bệnh nên tập với khớp khuỷu thẳng.

+ Khi người bệnh đã hiểu cách sử dụng khóa khớp khuỷu rồi, họ có thể chỉ cử động mỏm cụt ít thôi vẫn có thể có kết quả như trước.

+ Cách gập và duỗi khuỷu: đối với mỏm cụt trên khuỷu, động tác đưa mỏm cụt về phía trước kẹp móc sẽ mở ra, với khuỷu tay đã khóa. Nếu chưa khóa, khuỷu sẽ gập lại khi người cụt tay đưa mỏm cụt về phía trước khi mới bắt đầu tập gập khuỷu, nên cho người bệnh biết trước là họ sẽ bị kẹp móc đập vào mặt nếu họ dùng sức quá mạnh.

+ Tay giả buông thẳng, khuỷu không khóa.

+ Kỹ thuật viên để một tay trên vai bên cắt cụt và nắm lấy kẹp móc với tay kia.

+ Đưa cẳng tay lên đến 90^0 gập và chỉ cho người bệnh thấy cử động này làm dây điều khiển lỏng ra.

+ Rồi đưa cẳng tay về phía trước đến khi dây điều khiển siết lại.

+ Bảo người bệnh cố đưa tay giữ tay giả ở vị trí duỗi.

+ Bảo người bệnh hạ mỏm cụt xuống và nhìn khuỷu tay duỗi ra.

+ Hướng dẫn cách đưa tay giả về phía trước và tự gập khuỷu lại, cho họ biết trước là có thể bị kẹp móc đập vào mặt nếu dùng sức quá nhiều.

+ Người bệnh tập cho đến khi kiểm soát được tốc độ và tầm hoạt động.

- Vận hành kẹp móc: Cử động dùng để sử dụng kẹp móc giống như cử động dùng để gập khuỷu:

+ Gập khuỷu và khóa lại

+ Đưa mỏm cụt về phía trước kẹp móc sẽ mở ra (hay đóng lại tùy loại kẹp móc).

- + Đưa mỏm cụt ra sau kẹp móc sẽ đóng lại.
- Sự khéo léo của người bệnh dùng tay giả tùy ở tác dụng hữu hiệu của tay kia
- Khi dạy người cụt tay sử dụng tay giả, KTV nên theo 2 nguyên tắc sau:
 - + Nếu tay kia có tác dụng nhiều hơn tay bị cụt trên khuỷu thì ta nên dạy cho người bệnh làm với cả hai tay.
 - + Nếu tay kia có tác dụng ít hơn tay bị cụt trên khuỷu thì ta phải biết rằng tay giả sẽ làm việc một mình.
- Nhắc người cụt tay phải khóa khuỷu trước mới có thể sử dụng kẹp móc được. Họ không thể nắm lấy một vật rồi gập khuỷu tay lại để nâng lên như tay bình thường.

6. THEO DÕI

- Kỹ thuật viên phải theo dõi và khuyến khích người bệnh tăng thêm sự tự tin và tập quen dần dần với việc chịu đựng cảm giác khó chịu ban đầu khi mang tay giả trên khuỷu.
- Sau mỗi buổi tập, nếu người bệnh phàn nàn có sự thay đổi cảm giác khi mang tay giả, bị đau đớn hay phỏng rộp,... Kỹ thuật viên chỉnh hình phải kiểm tra lại ổ mỏm cụt ở vùng nách và hệ thống dây treo xem có vừa vặn, các vòng dây ở nách có chặt quá hay không?
 - Cách giữ gìn tay giả:
 - + Đừng dùng kẹp móc để đập, vì như thế kẹp móc dễ bị hư.
 - + Đừng dùng kẹp móc để bẩy một vật lên như thế hai ngón kẹp móc sẽ không thẳng hàng nữa.
 - + Đừng để bàn tay móc hay bàn tay giả trong nước. Những bộ phận cử động sẽ bị rỉ và làm giới hạn cử động.
 - + Nếu khớp khuỷu hay tay kẹp bị khóa ở vị trí không thay đổi được như ý muốn. Người bệnh không nên dùng sức mạnh để tự sửa mà nên đem đi sửa.
 - + Nên giữ gìn vỏ nhựa sạch sẽ, rửa vỏ nhựa bằng xà phòng và nước ấm để đề phòng tổn hại cho da.
 - + Vỏ mỏm cụt phải giặt sạch sẽ thường xuyên.
 - + Đừng đưa tay giả đến gần xe hay máy đang chạy vì nếu kẹp móc vướng sẽ gây thương tích cho người bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Tổn thương da do loét: rửa nước muối sinh lý, giữ gìn da khô ráo sạch sẽ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 377).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT KỸ THUẬT SỬ DỤNG TAY GIẢ DƯỚI KHUYU

1. ĐẠI CƯƠNG

Dù gắn với bất cứ loại bàn tay giả nào, phần cổ tay phải cho phép xoay 360⁰, có một cơ chế đẩy nút để có thể cho phép tháo rời hay khóa bàn tay. Bàn tay chức năng được điều khiển bởi sự duỗi khuỷu, gập vai hay là hạ đai vai.

2. CHỈ ĐỊNH

Cắt cụt ngang hai xương cẳng tay (xương quay, xương trụ).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật, mồm cụt bị sưng và phù nề lâu.
- Tổn thương trầm trọng và rách phần mềm mồm cụt.
- Tình trạng khớp khuỷu bị co rút gập (do mất cân đối cơ), đau, viêm khớp xương và không vững chắc dây chằng.
- Tình trạng cơ của tay cắt cụt không hoạt động, sẹo dính, đầu xương không đều, da ghép và cảm giác kém.
- Tay giả dưới khuỷu không vừa vặn.
- Tái rèn luyện chức năng với tay giả không còn phù hợp

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên vật lý trị liệu

4.2. Phương tiện

Tay giả dưới gối, bàn tập, ghế ngồi.

4.3. Người bệnh

Phải hợp tác và được giải thích rõ mục đích tập luyện.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Được Bác sĩ chỉ định tập luyện với tay giả dưới khuỷu.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

Thông tin về cách sống, tâm lý và việc làm của người cụt tay.

5.2. Kiểm tra người bệnh

Hiểu biết được các phần của tay giả để tham gia tích cực vào quá trình tập luyện sử dụng tay giả.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Hướng dẫn cách mang và tháo tay giả ra

- Kỹ thuật viên phải biết rõ người bệnh dùng loại kẹp móc hay bàn tay giả, rồi hướng dẫn người bệnh theo phương pháp sau:

- Sử dụng tay giả thẩm mỹ: Ô môm cụt của loại ngang xương quay được mang vào và tháo ra ở vị trí khớp khuỷu gập.

- Sử dụng tay giả chức năng dùng năng lượng cơ thể:

+ Đẻ bàn tay giả trên bàn tay hay treo trên móc và sắp đặt hệ thống dây đeo cho ngay thẳng.

+ Hướng dẫn người bệnh đặt môm cụt vào vỏ nhựa, rồi nâng môm cụt và tay giả lên. Hệ thống dây đeo sẽ hạ xuống.

+ Sau đó, người bệnh đưa tay lành về phía sau lưng và cho tay vào vòng (đai) vai của dây đeo. Người bệnh nhìn vai vài lần, hệ thống dây đeo sẽ nằm đúng chỗ. Kỹ thuật viên có thể nói cho người bệnh biết phương pháp này giống như mặc áo họ sẽ hiểu rõ hơn.

- Hướng dẫn cách tháo và gắn lại kẹp móc.

- Hướng dẫn cách tháo và gắn lại hệ thống dây điều khiển kẹp móc.

- Hướng dẫn cách xoay kẹp móc đến những vị trí khác nhau để thích nghi với cử động như: uống nước, chải đầu...

- Hướng dẫn cách đóng mở kẹp móc.

- Nếu có bộ phận cổ tay, nên hướng dẫn người bệnh cử động trong những vị trí có thể làm được.

- Hướng dẫn người bệnh gập khuỷu đến 90^0 . Chỉ cho họ biết rằng dây điều khiển sẽ lỏng ra khi khuỷu tay gập lại.

- Đặt một tay trên vai (bên môm cụt). Người bệnh nắm lấy căng tay giả với tay kia. Di động căng tay giả chậm chậm về phía trước, đồng thời chỉ cho người bệnh biết dây điều khiển bắt đầu kéo thẳng cho đến khi kẹp móc mở ra (hay đóng lại). Lặp lại vài lần và chỉ cho người bệnh biết rằng vai của họ không cần cử động, nếu vai đưa theo tay, môm cụt cần phải chuyển động về phía trước nhiều hơn để vận hành kẹp móc.

- Đặt tay trên vai người bệnh để biết có cử động hay không, trong khi người bệnh thử tự vận hành kẹp móc. Người bệnh nên lặp lại vài lần để hiểu rõ, rồi bắt đầu thử điều khiển kẹp móc.

- Tập những động tác hàng ngày:

- Cử động căn bản để vận hành kẹp móc: đưa tay giả về phía vật định nắm lấy.

- Khi nắm lấy một vật, người bệnh nên đặt ngón cô định vào một bên vật rồi đóng kẹp móc lại.

- Bắt đầu nên dùng một vật đơn giản như miếng gỗ vuông. Dạy người bệnh nắm lấy vật, nâng lên, đặt vật lại trên bàn và mở kẹp móc ra.

- Sau khi người bệnh có thể sử dụng một cách dễ dàng rồi, nên hướng dẫn họ để vật ở những vị trí khác nhau gần miệng, gần bụng về phía trước.

- Sau đó, tập với nhiều đồ vật có hình dáng và kích thước khác nhau. Hướng dẫn họ cách thay đổi vị trí kẹp móc để nắm lấy vật và bắt đầu tập cho họ những sinh hoạt hàng ngày như: ăn uống, đánh răng, chải đầu, thay quần áo, vệ sinh,...

6. THEO DÕI

- Việc tập luyện phải được bắt đầu ngay khi có tay giả.
- Cần có sự hợp tác của kỹ thuật viên chỉnh hình để có được những điều chỉnh hợp lý trong suốt thời kỳ tập luyện.
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu phải theo dõi và khuyến khích người bệnh tăng thêm sự tự tin và tập quen dần dần với việc chịu đựng cảm giác khó chịu ban đầu khi mang tay giả dưới khuỷu.
- Sau mỗi buổi tập, nếu có bị đau đớn hay phỏng rộp, kỹ thuật viên chỉnh hình phải kiểm tra lại ổ mỏm cụt và hệ thống dây treo xem có vừa vặn hay không?
- Chú ý ghi nhớ một số yếu tố.
- Khi bị mất tay, người bệnh cũng mất đi năng lực cầm nắm và sử dụng đồ vật: Nếu người bệnh dùng tay giả thì họ sẽ lấy lại năng lực cầm nắm, nhưng vẫn bị mất xúc giác.
- Người cụt chi phải nhờ vào thị giác rất nhiều để biết và sử dụng kẹp móc cho chính xác.
- Người cụt cánh tay ngắn không thể sử dụng được bàn tay kẹp vì trong mọi vị thế điều khiển kẹp mới, dây đeo long ra hay trượt lên đến cổ. Như thế, dây điều khiển không thể vận hành được kẹp móc.
- Khi người cụt tay đưa tay giả về phía trước thì kẹp móc sẽ mở ra, nhưng người bệnh không thể duỗi tay đặt một vật ở cách xa vì kẹp móc sẽ mở ra lớn hơn và làm rơi vật xuống.
- Khi mặc áo vào, người cụt tay phải xỏ tay giả vào trước rồi đến tay lành. Khi cởi áo ra, phải rút tay lành trước rồi đến tay giả, vì tay lành có thể tìm tay áo bằng xúc giác mà tay giả không làm được.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Tổn thương da do loét: rửa nước muối sinh lý, giữ gìn da khô ráo sạch sẽ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 380).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG CHÂN GIẢ THÁO KHỚP HÁNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Mức cắt cụt tháo khớp hông được xem là mức cắt cụt lớn vì liên quan tới nhiều nhóm cơ xung quanh xương chậu.

- Tháo khớp háng không có mỏm cụt để hoạt động như một tay đòn để điều khiển nên vận động rất thấp, khó đạt được những hoạt động chức năng do phải tiêu hao nhiều năng lượng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Cắt toàn bộ 1/4 xương chậu.
- Cắt bỏ chi dưới hay tháo khớp háng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Biên chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật
- Chân giả không vừa vận.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Chân giả tháo khớp háng, ghế ngồi.

4.3. Người bệnh

Phải hợp tác và được giải thích rõ mục đích tập luyện.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Được Bác sĩ chỉ định tập luyện chức năng chân giả tháo khớp háng.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Đeo chân giả vào người

- Đứng tựa lưng vào tường, nắm vào một điểm tựa như thanh giữ, khung hay đồ đạc ở một bên người.

- Mặc đồ lót thích hợp.

- Nắm lấy ổ mỏm cụt chân giả và đẩy mặt ngoài xương chậu vào trong ổ mỏm cụt. Nên để chân giả xoay ra ngoài một chút ở giai đoạn này. Xương chậu phải tiếp xúc hoàn toàn với ổ mỏm cụt.

- Buộc dây đai ổ mỏm cụt, điều này sẽ làm chân giả xoay ra giữa một chút.

- Thít chặt lại dây đeo vai, điều chỉnh nó trong khi đứng.

5.3.2. Tháo chân giả ra

- Đứng và tháo dây đai ở mồm cụt ra.
- Tháo chân giả ra bằng cách nắm lấy ở mồm cụt và nhẹ nhàng đẩy xương chậu ra khỏi ở mồm cụt.
- Kiểm tra da xem có chỗ bị đỏ da, chà sát, mụn phỏng hay không, có thể sử dụng một cái gương.

5.3.3. Mặc quần áo

- Mặc quần cho chân giả trước.
- Xỏ chân còn lại vào quần.
- Đeo chân giả vào.
- Kiểm tra giày có cùng một đôi và có cùng chiều cao và là giày mà chân giả đã được thiết kế phù hợp.-Mặc áo vào.

5.3.4. Đứng lên từ ghế

- Dùng cả hai tay và thân mình đẩy thân mình lên.
- Đứng thẳng, đẩy xương chậu về phía trước. Kiểm tra đầu gối đã vững chắc trước khi bước về phía trước.

5.3.5. Ngồi xuống ghế

a) Ngồi xuống với khóa giới hạn khớp hông:

- Người bệnh đứng thẳng hông để nhả khóa giới hạn khớp hông.
- Mông nên đẩy về phía sau và gập thân mình về phía trước.
- Hai đầu gối gập để ngồi xuống.
- Người bệnh dùng tay đẩy đùi về phía trước.

b) Ngồi xuống với không có khóa khớp hông:

Người bệnh nên ngã ra sau một chút để mở khóa, rồi lấy tay đẩy đùi ra phía trước để ngồi xuống.

c) Ngồi xuống với khớp hông có khóa:

- Người bệnh nên nghiêng khung chậu ra sau, duỗi cột sống thắt lưng rồi gập hông lại để ngồi xuống.
- Người bệnh cần luyện tập cử động có hình chữ S này và cần ngồi xuống với hành động có chủ đích.

5.3.6. Lên xuống cầu thang

- Người bệnh sử dụng hai tay vịn cầu thang. Khi lên bước chân lành lên trước, khi xuống bước chân giả xuống trước.
- Nếu người bệnh đi bằng khung tập đi, người bệnh nên cố gắng lên xuống thang với một gậy và tay vịn cầu thang. Khi đi xuống, người bệnh phải chống gậy xuống bậc thang trước khi bước xuống bằng chân giả.

- Nếu người bệnh đi thấy khó khăn hay không an toàn, có thể đứng đối diện với tay vịn cầu thang, hai tay nắm tay vịn và tập lên xuống bằng cách đi ngang.

5.3.7. Lên xuống dốc/đồi

- Khi lên dốc, chân lành bước lên trước và chân giả được kéo mạnh lên ngang với bàn chân lành.

- Khi xuống dốc, hai gậy đưa xuống trước, kế đến là chân giả rồi bước chân lành xuống ngang với bàn chân giả.

- Khi đường dốc quá cao, người bệnh phải học cách kiểm soát cử động của khớp hông và duy trì hông duỗi trong suốt thì đứng khi đi xuống. Nếu khi xuống dốc có trở ngại, có thể do bàn chân không đủ mềm. lên xuống dốc bằng cách đi ngang có thể an toàn hơn.

5.3.8. Đứng lên từ sàn nhà

a) Phương pháp 1:

- Nằm ngửa và giữ gậy tập đi (nếu sử dụng)
- Nhả khóa khớp hông, nếu có.
- Xoay người về phía chân giả trên đầu gối chân lành.
- Đẩy hai tay, hay dùng gậy và chân lành tạo thế vững chắc.
- Đứng dậy ngay.

b) Phương pháp 2: giống phương pháp 1, nhưng dùng một cái ghế để đẩy người đứng lên.

6. THEO DÕI

- Trong suốt thì đứng, nên sử dụng cơ duỗi lưng và duỗi hông của chân lành để duy trì dáng bộ thân mình đứng thẳng; đồng thời cũng ngăn ngừa cử động quá nhiều của vai và thân mình trong suốt chu kỳ dáng đi.

- Không nên nhón gót chân lành hoặc gót không tiếp xúc với mặt đất nhằm để gia tăng tốc độ đi bộ cao hơn.

- Không nên đứng trên một chân lâu sẽ dễ mệt và là nguyên nhân gây thoái hóa sớm ở những khớp chịu sức nặng hoặc gây khó chịu cho mô mềm.

- Để đạt được sự vững chắc khi học sử dụng chân giả lần đầu, người bệnh không nên bước chân quá dài. Chiều dài bước chân có thể thay đổi do kỹ thuật viên chỉnh hình chân giả điều chỉnh khóa giới hạn khớp hông.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Ngã: Xử trí theo thương tổn do ngã gây nên

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 383).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG CHÂN GIẢ TRÊN GỐI

1. ĐẠI CƯƠNG

Vấn đề chính trong tập luyện với chân giả là khả năng giữ thăng bằng trên chân giả trong khi đứng rất quan trọng. Để thành công trong việc sử dụng chân giả, người bệnh phải có sự phối hợp tốt, thăng bằng vững vàng trước khi tập đi và rất kiên trì, đặc biệt là trong vài tuần đầu tiên.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mức cắt cụt ngang xương đùi
- Tháo khớp gối và những mức cắt cụt ở khớp gối.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mỏm cụt nhiễm trùng sau phẫu thuật
- Sung, phù nề đầu mỏm cụt
- Co rút hay biến dạng gập khớp hông.
- Chân giả trên gối không vừa vặn.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Chân giả trên gối, ghế ngồi, thanh song song, tấm gương tập.

4.3. Người bệnh

Phải hợp tác và được giải thích rõ mục đích tập luyện.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Được Bác sĩ chỉ định tập luyện với chân giả trên gối.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Đứng giữa thanh song song với hai bàn chân cách nhau 12 cm

- Giữ tư thế đứng, chuyển sức nặng từ chân nọ sang chân kia.
- Không gập gối phía lành.
- Người bệnh chuyển sức nặng bằng cử động của khớp hông chứ không phải của thân mình. Hai vai và xương chậu phải được giữ ở vị thế ngang.

5.3.2. Đứng trước gương tập và giữa thanh song song

- Đặt hai bàn tay trên thanh song song ở hai bên thân mình.

- Bước chân giả một bước ngắn về phía trước chân lành.
- Giữ nguyên chân giả ở điểm này, bước chân lành về phía trước và ra sau.
- Chịu hết sức nặng trên bàn chân lành ở giai đoạn đầu và cuối của bước.
- Khớp gối chân giả sẽ gập khi chân lành đặt về phía trước.
- Bàn chân lành nên bước qua sát bàn chân giả nhằm chuyển sức nặng thân mình trực tiếp trên chân giả.

5.3.3. Chịu sức nặng trên chân lành đặt trước chân giả một bước

- Khớp gối chân giả gập. Chuyển sức nặng từ gót tới ngón của bàn chân lành.
- Cho chân giả bước tới một bước. Đặt hết sức nặng trên chân giả ở giai đoạn cuối của bước (khớp gối chân lành phải gập khi sức nặng đè trên gót chân giả)

5.3.4. Bước ngang

- Về phía chân lành:
 - + Bước một bước ngắn về phía chân lành.
 - + Để cho khớp gối chân giả gập.
 - + Vẫn duy trì tiếp xúc với mặt nền, kẹp bàn chân giả tới bên chân lành.
- Về phía chân giả:
 - + Chịu hết sức nặng bên lành.
 - + Di động chân giả, hơi gập nhẹ gối.
 - + Chịu ngay sức nặng trên chân giả, khi bàn chân đặt xuống.

5.3.5. Ngồi xuống ghế

- Đối mặt với ghế, với chân lành gần chân trước của ghế phía trên chân giả.
- Xoay bàn chân lành về phía chân giả, kéo chân giả bằng mức với chân lành.
- Gập thân mình về phía trước và đặt mình xuống ghế (người già bị cụt trên gối, có thể chống một tay trên mặt ghế trong khi đặt bàn tay kia trên khớp gối lành).

5.3.6. Đứng dậy khỏi ghế

- Đặt gót chân lành gần phía dưới ghế trong khi bàn chân giả ở phía trước.
- Gập mình về phía trước và đứng dậy trên chân lành.
- Chuyển sức nặng sang chân giả và bước tới với chân lành (với người già bị cụt trên gối có thể chống thêm hai bàn tay trên gối).

5.3.7. Đứng dậy từ sàn nhà

- Phương pháp 1:
 - + Xoay người đối diện với mặt ghế. Đặt hai tay lên mặt ghế.
 - + Quỳ trên chân lành, chân giả duỗi ra sau.
 - + Đẩy hai tay và duỗi thẳng chân lành để đứng lên.
 - + Nắm nhẹ trên ghế khi lấy lại được thăng bằng, dùng dụng cụ trợ giúp.

- Phương pháp 2:

- + Ngồi gần ghế, lưng tựa vào mặt ghế. Đặt hai tay lên mặt ghế.
- + Gập gối chân lành
- + Đẩy mạnh hai tay và đưa mông lên mặt ghế.

5.3.8. Ngồi xuống sàn nhà

- Đặt chân giả hơi về phía sau.
- Cúi xuống chống tay và chịu sức nặng trên hai bàn tay.
- Hạ thân mình xuống, xoay về phía chân lành và ngồi xuống mông phía ấy.

5.3.9. Bước lên cầu thang

- Chuyển sức nặng thân người trên chân giả và bước lên với chân lành.
- Duỗi móm cụt ra rồi gập hông lại thật mau để gập gối lại và đặt bàn chân giả bên cạnh chân lành.

5.3.10. Bước xuống cầu thang

- Đặt gót chân giả trên cạnh bậc cầu thang:
- Chuyển sức nặng thân người đến chân giả và giữ vững khớp gối bằng cách ấn móm cụt vào vách sau vỏ nhựa.
- Gập khớp gối giả bằng cách gập móm cụt lại và chuyển sức nặng thân người trên chân lành ở bậc kế dưới.
- Đi xuống một cách nhịp nhàng.

5.3.11. Vượt chướng ngại

- Bước qua chướng ngại vật bằng cách đi tới:
 - + Mặt đối diện với vật chướng ngại, đặt ngón chân lành cách xa vật khoảng 7-8cm.
 - + Chuyển sức nặng thân người trên chân lành.
 - + Duỗi móm cụt ra rồi gập mạnh hông lại để đem chân giả qua chướng ngại vật.
 - + Khi gót chân giả chạm đất, duỗi mạnh móm cụt vào vách sau để giữ vững khớp gối và chuyển sức nặng thân người lên chân giả.
 - + Bước chân lành qua chướng ngại vật.
- Bước qua chướng ngại vật bằng cách đi ngang (bước qua chướng ngại vật cao hơn 10-12cm):
 - + Người cụt chân trên gối đứng một bên với chân giả cạnh bên chướng ngại vật và bàn chân giả cách chướng ngại vật 12-13cm.
 - + Gập mạnh hông chân cụt để duỗi gối và bước qua chướng ngại vật.
 - + Lúc gót chân giả chạm đất, ấn mạnh móm cụt vào vách sau vỏ nhựa để giữ vững gối.

+ Bước qua chướng ngại vật với chân lành, xoay người về chân giả.

6. THEO DÕI

- Nên nhớ là người cụt trên gối sẽ nhanh mệt ở giai đoạn đầu mới bước vào chương trình tập luyện. Cần thường xuyên xen những phút nghỉ vào giữa những buổi tập ngắn.

- Sau mỗi buổi tập, cần kiểm tra xem mồm cụt có bị những điểm tê đê hay các vết trầy xước nào không.

- Trong trường hợp sử dụng cây gậy chống thì nên dùng hai cây gậy trong suốt thời gian luyện tập để đảm bảo sự phân bố đều sức nặng hai bên. Sau giai đoạn tập luyện, nếu người bệnh vẫn phải dùng một cây gậy thì cầm gậy ở tay phía đối bên với phía chân giả.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Ngã: Xử trí theo thương tổn do ngã gây nên

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 387).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG CHÂN GIẢ DƯỚI GỐI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hầu hết người bệnh cắt cụt ngang xương chày đều sử dụng chân giả dưới gối tốt vì có tay đòn dài để điều khiển bàn chân giả và cổ chân, nên tiêu hao năng lượng ít hơn so với các mức cắt cụt cao hơn.

- Khi khớp gối còn nguyên, người bệnh có thể tái rèn luyện dáng đi và đạt được dáng đi bình thường. Chân giả chịu sức nặng ở gân xương bánh chè dành cho người bệnh cắt cụt dưới gối đạt yêu cầu về mặt thẩm mỹ và khó phát hiện ra dáng đi sai về phục hồi chức năng vận động, di chuyển.

2. CHỈ ĐỊNH

Cắt cụt ngang xương chày

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật, mòm cụt bị sưng và phù nề lâu.
- Tổn thương trầm trọng và rách phần mềm mòm cụt.
- Tình trạng khớp gối bị co rút gập (do mất cân đối cơ), đau, viêm khớp xương và không vững chắc dây chằng.
- Tình trạng cơ của chân cắt cụt không hoạt động, sẹo dính, đầu xương không đều, da ghép và cảm giác kém.
- Chân giả dưới gối không vừa vận.
- Tái rèn luyện dáng đi với chân giả không còn phù hợp

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Chân giả dưới gối, ghế ngồi, thanh song song, tấm gương tập.

4.3. Người bệnh

Phải hợp tác và được giải thích rõ mục đích tập luyện.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Được Bác sĩ chỉ định tập luyện với chân giả dưới gối.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Đứng giữa thanh song song với hai bàn chân cách nhau 12 cm

- Giữ tư thế đứng, chuyển sức nặng từ chân nọ sang chân kia.

- Không gập gối phía lành.
- Người bệnh chuyển sức nặng bằng cử động của khớp hông chứ không phải của thân mình.

- Hai vai và xương chậu phải được giữ ở vị thế ngang.

5.3.2. Đứng trước gương tập và giữa thanh song song

- Đặt hai bàn tay trên thanh song song ở hai bên thân mình.
- Bước chân giả một bước ngắn về phía trước chân lành.
- Giữ nguyên chân giả ở điểm này, bước chân lành về phía trước và ra sau.
- Chịu hết sức nặng trên bàn chân lành ở giai đoạn đầu và cuối của bước.
- Khớp gối chân giả sẽ gập khi chân lành đặt về phía trước.
- Bàn chân lành nên bước qua sát bàn chân giả nhằm chuyển sức nặng thân mình trực tiếp trên chân giả.

5.3.3. Chịu sức nặng trên chân lành đặt trước chân giả một bước

- Cho khớp gối chân giả gập.
- Chuyển sức nặng từ gót tới ngón của bàn chân lành.
- Cho chân giả bước tới một bước.
- Đặt hết sức nặng trên chân giả ở giai đoạn cuối của bước (khớp gối chân lành phải gập khi sức nặng đè trên gót chân giả)

5.3.4. Bước ngang

a) Về phía chân lành

- Bước một bước ngắn về phía chân lành.
- Để cho khớp gối chân giả gập.
- Vẫn duy trì tiếp xúc với mặt nền, kéo bàn chân giả tới bên chân lành.

b) Về phía chân giả

- Chịu hết sức nặng bên lành.
- Di động chân giả, hơi gập nhẹ gối.
- Chịu ngay sức nặng trên chân giả, khi bàn chân đặt xuống.

5.3.5. Ngồi xuống ghế

- Đối mặt với ghế, với chân lành gần chân trước của ghế phía trên chân giả.
- Xoay bàn chân lành về phía chân giả, kéo chân giả bằng mức với chân lành.- Gập thân mình về phía trước và đặt mình xuống ghế (đối với người già bị cắt cụt dưới gối, có thể chống một tay trên mặt ghế trong khi đặt bàn tay kia trên khớp gối lành).

5.3.6. Đứng dậy khỏi ghế

- Đặt gót chân lành gần phía dưới ghế trong khi bàn chân giả ở phía trước.
- Gập mình về phía trước và đứng dậy trên chân lành.

- Chuyển sức nặng sang chân giả và bước tới với chân lành (với người già bị cắt cụt dưới gối có thể chống thêm hai bàn tay trên gối).

5.3.7. Đứng dậy từ sàn nhà

- Đặt bàn tay phía chân lành trên nền sau thân mình.
- Đặt bàn chân lành sát mặt nền.
- Đặt bàn tay kia bên cạnh bàn tay phía chân lành.
- Xoay thân mình về phía chân lành và xoay trụ quanh bàn chân lành.
- Nhún dậy với hai tay và duỗi chân lành.

5.3.8. Ngồi xuống sàn nhà

- Đặt chân giả hơi về phía sau.
- Cúi xuống chống tay và chịu sức nặng trên hai bàn tay.
- Hạ thân mình xuống, xoay về phía chân lành và ngồi xuống mông phía ấy.

5.3.9. Bước lên cầu thang

- Chuyển sức nặng thân người trên chân giả và bước lên với chân lành.
- Duỗi móm cụt ra rồi gập hông lại thật mau để gập gối lại và đặt bàn chân giả bên cạnh chân lành.
- Người cắt cụt dưới gối sẽ tiến tới bước mỗi chân một bậc.

5.3.10. Bước xuống cầu thang

- Đặt gót chân giả trên cạnh bậc cầu thang:
- Chuyển sức nặng thân người đến chân giả và giữ vững khớp gối bằng cách ấn móm cụt vào vách sau vỏ nhựa.
- Gập khớp gối giả bằng cách gập móm cụt lại và chuyển sức nặng thân người trên chân lành ở bậc kế dưới.
- Đi xuống một cách nhịp nhàng.

5.3.11. Vượt chướng ngại

a) Bước qua chướng ngại vật bằng cách đi tới

- Mặt đối diện với vật chướng ngại, đặt ngón chân lành cách vật 7- 8cm.
- Chuyển sức nặng thân người trên chân lành.
- Duỗi móm cụt ra, gập mạnh hông lại để đem chân giả qua chướng ngại vật.
- Khi gót chân giả chạm đất, duỗi mạnh móm cụt vào vách sau để giữ vững khớp gối và chuyển sức nặng thân người lên chân giả.
- Bước chân lành qua chướng ngại vật.

b) Bước qua chướng ngại vật bằng cách đi ngang (bước qua chướng ngại vật cao hơn 10-12cm)

- Người bệnh đứng một bên với chân giả cạnh bên chướng ngại vật và bàn chân giả cách chướng ngại vật 12-13cm.

- Gập mạnh hông chân cụt để duỗi gối và bước qua chướng ngại vật.
- Lúc gót chân giả chạm đất, ấn mạnh móm cụt vào vách sau vỏ nhựa để giữ vững gối.
- Bước qua chướng ngại vật với chân lành và xoay người về phía chân giả.

6. THEO DÕI

- Sau mỗi buổi tập, cần kiểm tra xem móm cụt có bị những điểm tê đê hay các vết trầy xước nào không.

- Nếu người bệnh có tập đi trước khi đạt được sự thăng bằng thì dễ bị những thói quen xấu rất khó sửa chữa sau này.

- Trong trường hợp sử dụng cây gậy chống thì nên dùng hai cây gậy trong suốt thời gian luyện tập để đảm bảo sự phân bố đều sức nặng hai bên. Sau giai đoạn tập luyện, nếu người bệnh vẫn phải dùng một cây gậy thì cầm gậy ở tay phía đối bên với phía chân giả.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Ngã: Xử trí theo thương tổn do ngã gây nên

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 391).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG NẸP TRÊN GỐI CÓ KHỚP HÁNG (HKAFO)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Nẹp háng gối cổ bàn chân HKAFO là nẹp trợ giúp khớp háng, khớp gối và khớp cổ chân.

- Nẹp được sử dụng để giữ sự ổn định của khớp háng, khớp gối và khớp cổ chân. Nẹp có dây cáp thép nối với 2 khớp háng để giới hạn biên độ bước chân, có khóa hông, gối tự đóng khi người bệnh đứng dậy.

2. CHỈ ĐỊNH

Liệt hoàn toàn 2 chân nhưng cơ thân mình còn tốt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh co cứng nhiều

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, kỹ thuật viên dụng cụ chỉnh hình.

4.2. Phương tiện

Nẹp HKAFO, khung tập đi hoặc nạng khuỷu

4.3. Người bệnh

- Được giải thích và tập mạnh cơ 2 tay
- Được giải thích kỹ về các bước sử dụng nẹp HKAFO
- Người bệnh ở tư thế ngồi, cần có sự hỗ trợ của kỹ thuật viên để đi nẹp.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ tình trạng bệnh lý và kết quả lượng giá về cơ lực thân mình, tầm vận động các khớp của người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

Người bệnh ở tư thế ngồi thoải mái, giữ thẳng bằng trên xe lăn để thuận tiện cho việc đi nẹp HKAFO.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Bước 1. Kỹ thuật viên mở khóa hông và gối để nẹp về tư thế gấp (gấp hông 90 độ, gấp gối 90 độ), mở hết các dây đai.

- Bước 2. Người bệnh dùng hai tay bám vào thành xe lăn nâng người lên tối đa, kỹ thuật viên luồn nẹp HKAFO xuống bên dưới. Kỹ thuật viên đặt 2 chân người bệnh vào 2 nhánh nẹp, điều chỉnh cho gan chân, mặt sau chân nằm vừa khít trên phần nhựa của nẹp.

- Bước 3. Khi bàn chân đã được đặt đúng trong nẹp, thít chặt dây cố định ở 2 chân và phần nẹp ở thân mình người bệnh.
- Bước 4. Nẹp được đi trong giày hoặc dép.
- Bước 5. Giúp người bệnh đứng dậy để khóa hông và gối tự đóng.
- Bước 6. Hướng dẫn người bệnh tập đi với nạng khuỷu hoặc khung tập đi.

6. THEO DÕI

Người bệnh được hướng dẫn bảo dưỡng, sử chữa những hỏng hóc nhỏ của nẹp HKAFO. Kiểm tra thường xuyên các vùng tỳ đè để phát hiện sớm các dấu hiệu loét. Cần có người hỗ trợ ban đầu khi đi nẹp.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Các tai biến thường gặp khi sử dụng nẹp: loét tỳ đè, đứt dây đai, hỏng khóa chốt khớp háng và gối, gãy nẹp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 397).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG NẸP GỐI CỔ BÀN CHÂN (KAFO)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Nẹp gối cổ bàn chân KAFO (Knee-Ankle-Foot Orthosis) là nẹp trên gối đi qua gối, cổ chân có tác dụng giữ sự ổn định cho gối và cổ chân ở tư thế đứng (giữ gối không bị khuyu, giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân, đồng thời giữ cổ chân ở tư thế trung gian giữa lật ngoài và lật trong).

- Nẹp được đi trong giày hoặc dép, được cố định bằng băng xé dính velcro quấn quanh đùi và cẳng chân. Nẹp có thể được lắp khớp mềm ở cổ chân để tạo độ linh hoạt cho cổ chân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mất kiểm soát khớp gối và khớp cổ chân do di chứng của một số bệnh tổn thương thần kinh trung ương có bậc cơ tứ đầu đùi < 3 như tai biến mạch máu não chấn thương tủy sống, bại liệt, bại não,...

- Liệt thần kinh ngoại biên (thần kinh hông to)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới

- Đang có loét tì đè chi dưới

- Không kiểm soát được khớp háng

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, kỹ thuật viên dụng cụ chỉnh hình.

4.2. Phương tiện

Nẹp KAFO, khung tập đi hoặc nạng khuỷu.

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về các bước sử dụng nẹp KAFO

- Người bệnh ở tư thế ngồi. Có thể cần sự hỗ trợ mang nẹp của kỹ thuật viên.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ tình trạng bệnh lý và kết quả lượng giá về cơ lực, tầm vận động khớp háng, gối, cổ chân.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

Người bệnh ở tư thế ngồi thoải mái để chịu dễ thuận tiện cho việc đi nẹp.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Bước 1. Nẹp được mở khóa ở vị trí gấp gối. Đặt chân nhẹ nhàng vào trong nẹp sao cho phần mặt sau chân áp sát vào phần nhựa cứng. Gấp khớp cổ chân về phía mu chân rồi đặt gót chân vào sâu trong nẹp.

- Bước 2. Khi chân đã được đặt đúng trong nẹp, dính chặt các dây đai cố định vùng bàn, cẳng chân và đùi.

- Bước 3. Xỏ nẹp được đi trong giày hoặc dép.

- Bước 4. Cho người bệnh đứng dậy để khóa tự động

- Bước 5. Hướng dẫn người bệnh tập đi bằng nẹp với nạng khuỷu hoặc khung tập đi.

6. THEO DÕI

Người bệnh được hướng dẫn bảo dưỡng, sử chữa những hỏng hóc nhỏ của nẹp KAFO. Kiểm tra thường xuyên các vùng tỳ đè để phát hiện sớm các dấu hiệu loét.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Các tai biến thường gặp khi sử dụng nẹp : loét tỳ đè, đứt dây đai, hỏng khóa chốt khớp gối,...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 399).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG NẸP CỔ BÀN CHÂN (AFO)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Nẹp cổ bàn chân AFO (Ankle-Foot Orthosis) là nẹp dưới gối đi qua mắt cá, bàn chân.

- Nẹp được sử dụng để giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân, đồng thời giữ cổ chân ở tư thế trung gian giữa lật ngoài và lật trong.

- Nẹp được đi trong giày hoặc dép, nẹp được cố định bằng băng xé dính velcro quấn quanh bắp chân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Yếu nhóm cơ gập mặt mu bàn chân (cơ chày trước).

- Cổ chân không vững do yếu nhóm cơ nghiêng trong bàn chân (cơ chày sau) hoặc yếu nhóm cơ nghiêng ngoài bàn chân (cơ mác ngắn và dài).

- Liệt mềm hoặc cổ chân không thể vững và gây ra những khó khăn về thăng bằng khi bước đi.

- Co cứng cơ tam đầu cẳng chân.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh sau gãy xương vùng cẳng, bàn chân cần được bất động vững

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, kỹ thuật viên dụng cụ chỉnh hình.

4.2. Phương tiện

Nẹp AFO

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về các bước sử dụng nẹp AFO

- Người bệnh ở tư thế ngồi

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ tình trạng bệnh lý và kết quả lượng giá vùng cẳng, bàn chân của người bệnh

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra tình trạng bệnh lý và kết quả lượng giá vùng cẳng, bàn chân của người bệnh

5.2. Kiểm tra người bệnh

Người bệnh ở tư thế ngồi thoải mái để thuận tiện cho việc đi nẹp AFO.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Bước 1. Gấp khớp cổ chân về phía mu chân rồi đặt gót chân vào sâu trong nẹp. Nếu người bệnh bị co cứng cơ thì nên vừa gấp khớp cổ chân về phía mu chân vừa cho vào nẹp sẽ dễ dàng hơn.

- Bước 2. Khi bàn chân đã được đặt đúng trong nẹp, thít chặt dây cố định khớp cổ chân và thít chặt dây cố định xung quanh bắp chân.

- Bước 3. Nẹp được đi trong giày hoặc dép.

6. THEO DÕI

Khi mang nẹp AFO, người bệnh cần phải được hướng dẫn kiểm tra thường xuyên các vùng tỳ đè, kiểm tra da vùng khớp cổ chân, phía sau gót chân và bắp chân để phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ gây loét.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Ngã khi di chuyển: Xử trí theo thương tổn do ngã gây ra.

- Đau, rát, khó chịu ở các điểm tỳ đè thì cần điều chỉnh các dây cố định khớp cổ chân và bắp chân hoặc đến xưởng chỉnh hình để kiểm tra và chỉnh sửa lại nẹp cho phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 401).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG NẸP BÀN CHÂN (FO)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Nẹp FO (Foot Orthosis) là nẹp nâng đỡ dưới lòng bàn chân.
- Nẹp được sử dụng để giữ bàn chân ở tư thế trung gian.
- Nẹp được đi và cố định trong giày hoặc dép

2. CHỈ ĐỊNH

- Bàn chân khoèo
- Bàn chân bẹt, lõm
- Bàn chân vẹo trong, vẹo ngoài

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị loét tỳ đè bàn chân

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, kỹ thuật viên dụng cụ chỉnh hình.

4.2. Phương tiện

Nẹp FO

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về các bước sử dụng nẹp FO
- Người bệnh ở tư thế ngồi

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ tình trạng bệnh lý và kết quả lượng giá vùng bàn chân của người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

Người bệnh ở tư thế ngồi thoải mái để thuận tiện cho việc đi nẹp AFO.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Bước 1. Gấp bàn chân về phía mu chân rồi đặt nẹp FO xuống mặt dưới bàn chân (có thể lắp trước nẹp FO vào trong giày hoặc dép)
- Bước 2. Giữ chặt nẹp với bàn chân đồng thời xỏ chân vào giày hoặc dép, buộc chặt dây.
- Bước 3. Cho người bệnh đứng dậy đi lại thử bằng nẹp.

6. THEO DÕI

Khi mang nẹp FO, người bệnh cần phải được hướng dẫn kiểm tra để phát hiện sớm dấu hiệu loét ở các vùng tỳ đè.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Loét tỳ đè là tai biến có thể gặp khi sử dụng nẹp FO.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 403).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG NẸP CỔ BÀN TAY (WHO)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Nẹp cổ bàn tay WHO (Wrist-Hand Orthosis) là loại nẹp để nâng đỡ cổ tay
- Nẹp dùng để giữ cổ tay ở tư thế chức năng, tránh các biến dạng xấu của cổ tay do di chứng của một số bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Liệt thần kinh giữa
- Liệt tay ở người bệnh tai biến mạch máu não hoặc chấn thương tủy cổ...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh co cứng nhiều

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, kỹ thuật viên dụng cụ chỉnh hình.

4.2. Phương tiện

Nẹp WHO

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về các bước sử dụng nẹp WHO
- Người bệnh ở tư thế ngồi, tay để trên bàn

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ tình trạng bệnh lý và kết quả lượng giá cơ lực và tầm vận động vùng cổ tay của người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

Người bệnh ở tư thế ngồi thoải mái để thuận tiện cho việc mang nẹp WHO.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Bước 1. Gấp cổ tay mặt mu tối đa, nâng cổ tay lên luồn ngón cái qua lỗ ngón cái của nẹp, đặt cổ tay và bàn tay vào trong nẹp.
- Bước 2. Bàn tay được đặt đúng trong nẹp, thít chặt dây cố định vùng cổ tay.
- Bước 3. Hướng dẫn người bệnh đeo nẹp liên tục giữ tay ở tư thế chức năng.

6. THEO DÕI

Khi mang nẹp WHO, người bệnh cần phải được hướng dẫn kiểm tra để phát hiện sớm dấu hiệu loét ở các vùng tỳ đè.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Loét tỳ đê là tai biến có thể gặp khi sử dụng nẹp WHO.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 405).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG ÁO NỆP CỘT SỐNG THẮT LUNG CỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Áo nẹp cột sống thắt lưng cứng là dụng cụ hỗ trợ giúp giảm bớt lực tác động của trọng lực cơ thể tác động lên vùng cột sống thắt lưng, từ đó giảm chèn ép lên các dây thần kinh và giảm đau, nắn chỉnh trong một số trường hợp vẹo cột sống thắt lưng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thoái hóa cột sống thắt lưng nặng
- Xẹp thân đốt sống do loãng xương nặng
- Đau cột sống thắt lưng do bệnh Kasher, ung thư, lao,....
- Chấn thương cột sống vững

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Vẹo cột sống cấu trúc góc Cobb lớn hơn 40 độ.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, kỹ thuật viên dụng cụ chỉnh hình.

4.2. Phương tiện

Áo nẹp cứng cột sống thắt lưng

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về các bước sử dụng áo nẹp cứng cột sống.
- Người bệnh ở tư thế ngồi, đứng hoặc nằm tùy tình trạng bệnh lý.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ tình trạng bệnh lý, có phim X-quang CSTL thẳng, nghiêng

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

Người bệnh ở tư thế đứng, ngồi hoặc nằm để thuận tiện cho việc mặc áo nẹp.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Bước 1. Người bệnh nâng cao 2 tay, kỹ thuật viên dạng 2 cánh của áo nẹp ra luôn vào phần thắt lưng của người bệnh theo hướng từ phải sang trái, vừa luôn vừa xoay phần dây dính của áo nẹp ra phía trước.

- Bước 2. Khi áo nẹp đã mặc vừa khít vào thân mình tiến hành siết chặt các dây đai phía trước.

- Bước 3. Kiểm tra xem người bệnh có đau hoặc áo có chật không. Hướng dẫn người bệnh thời gian mặc áo trong ngày.

6. THEO DÕI

- Khi mặc áo chú ý các vùng tỳ đè để chỉnh sửa lại áo nếu cần thiết.

- Đối với những trường hợp áo nắn chỉnh cột sống chú ý dặn người bệnh trong quá trình sử dụng áo thấy lỏng hoặc rộng cần tái khám để kiểm tra làm áo mới.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Loét tỳ đè là tai biến có thể gặp khi sử dụng áo nẹp cứng cột sống thắt lưng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 409).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG ÁO NẠP CỘT SỐNG THẮT LƯNG MỀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Áo nẹp cột sống thắt lưng mềm được làm bằng vải chun giãn phủ lên vùng cột sống thắt lưng, được cố định ở phía trước bằng các dây khóa dính velcro nhằm hạn chế lực tác động lên cột sống thắt lưng, giảm sự căng cơ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh liên quan đến đĩa đệm và thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.
- Loãng xương.
- Đau lưng, đau thần kinh tọa, viêm đa khớp.
- Co thắt cơ cạnh sống.
- Chấn thương nhẹ vùng cột sống thắt lưng hay cùng cụt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh chấn thương vùng cột sống lưng, thắt lưng có chỉ định phẫu thuật cố định cột sống.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, kỹ thuật viên dụng cụ chỉnh hình.

4.2. Phương tiện

Áo nẹp cột sống thắt lưng mềm

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về các bước sử dụng áo nẹp cột sống thắt lưng mềm
- Người bệnh ở tư thế đứng

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ tình trạng bệnh lý và kết quả lượng giá vùng cột sống thắt lưng của người bệnh

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra tình trạng bệnh lý và kết quả lượng giá vùng cột sống thắt lưng của người bệnh.

5.2. Kiểm tra người bệnh

Người bệnh ở tư thế đứng thoải mái dễ chịu, thuận tiện để mặc áo nẹp cột sống thắt lưng mềm.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Bước 1: Đặt áo vào vùng thắt lưng.

- Bước 2. Giữ chặt một vạt ở phía trước với tay trái, tay phải cầm vạt còn lại đưa về phía trước đồng thời kéo về trước vạt ở bên trái và khớp với vạt bên trái bằng khóa dán Velcro.

- Bước 3. Kéo hai vạt chồng lên nhau thật khớp, kéo cùng lúc để hai vạt không bị so le.

6. THEO DÕI

Theo dõi cảm giác đau, căng tức, khó chịu của người bệnh khi mặc mặc áo nẹp cột sống thắt lưng mềm

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Nếu người cảm thấy đau, khó chịu khi mặc áo thì cần điều chỉnh lại áo nẹp và các khóa dán velcro cho phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 411).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG ÁO NỆP CHỈNH HÌNH CỘT SỐNG NGỰC THẮT LƯNG (TLSO)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Áo nẹp chỉnh hình cột sống Ngực-Thắt lưng có tác dụng nắn chỉnh cong vẹo cột sống từ đoạn ngực đến thắt lưng và khung chậu.

- Nguyên nhân:

+ Không rõ nguyên nhân (Idiopathic) là nhóm chiếm đa số > 70%

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

+ Mắc phải: Do tư thế ngồi sai, u xơ thần kinh, bại não, di chứng bại liệt, di chứng lao cột sống, bệnh cơ-thần kinh...

1.3. Lâm sàng

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

- Xương bả vai 2 bên không cân đối.

- Nghiệm pháp quả rọi: phát hiện rõ độ cong của cột sống.

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

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

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

- Khung chậu bị nghiêng lệch và cũng bị xoay.

- Thân mình có thể xuất hiện những đám da đổi màu (màu bã cà phê)

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

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

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

2. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ cong vẹo cột sống đoạn ngực từ đốt sống ngực 6 trở xuống đến khung chậu có đường cong > 25 độ và < 50 độ.

- Trẻ sau chấn thương cột sống.

- Trẻ sau phẫu thuật nắn chỉnh cong vẹo cột sống.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ cong vẹo cột sống có kèm các bệnh thoái hóa cơ.

- Trẻ bị trật khớp háng bẩm sinh, cứng đa khớp, bệnh lý thần kinh cơ,...

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa Phục hồi chức năng
- Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu kỹ thuật chỉnh hình.

4.2. Phương tiện

- Áo nẹp chỉnh hình TLSO
- Phim chụp X-quang, đèn đọc phim X-quang.

4.3. Người bệnh

- Trước khi cho trẻ đeo áo nẹp cần kiểm tra sự bất cân xứng tại các vị trí như mỏm vai, gai chấu trước trên, ụ sườn, xương bả vai.. .
- Nói rộng quần áo và tiến hành đeo thử áo nẹp .

4.4. Hồ sơ bệnh án

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tâm lý tiếp xúc

Giải thích rõ cho cha mẹ bệnh nhi và người nhà hiểu được tình trạng bệnh tật và các bước sẽ tiến hành để tạo ra sự hợp tác chặt chẽ và tuân thủ.

5.2. Thực hiện kỹ thuật

- Tiến hành đeo nẹp ngay khi phát hiện trẻ bị cong vẹo cột sống có đường cong có góc Cobb > 25 độ
- Liên tục đeo cả ngày và đêm (23/24 giờ mỗi ngày)
- Hẹn người bệnh đến kiểm tra định kỳ sau mỗi 3 tháng.

6. THEO DÕI

Theo dõi sau khi trẻ có chỉ định đeo áo nẹp:

- Áo nẹp có tạo nên các điểm tỳ đè tại các vị trí cần nắn chỉnh.
- Đường cong vẹo cột sống có bị tăng lên hay ổn định và giảm.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Đôi khi đeo áo nẹp gây nên tổn thương bề mặt da như viêm loét.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 413).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG GIÀY, NẸP CHỈNH HÌNH ĐIỀU TRỊ CÁC DỊ TẬT BÀN CHÂN (BÀN CHÂN BỆT, BÀN CHÂN LỒM, BÀN CHÂN VẠO TRONG, BÀN CHÂN VẠO NGOÀI,..)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Giày chỉnh hình (Orthopedic Shoe) nắn chỉnh bàn chân. Nẹp FO nẹp nâng đỡ lòng bàn chân. Nẹp được sử dụng để giữ bàn chân ở tư thế trung gian. Nẹp được đi hoặc cố định trong giày hoặc dép.

- Bàn chân bẹt là bàn chân không có độ khum ở phía lòng bàn chân nên khi đi lại không có độ nhún. Bàn chân vẹo trong hay vẹo ngoài là bàn chân bị lệch ra khỏi trục giải phẫu. Bàn chân khoèo là bàn chân vẹo và xoay trong về phía lòng bàn chân gây biến dạng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bàn chân khoèo.
- Bàn chân bẹt, lồi.
- Bàn chân vẹo trong, vẹo ngoài.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị loét tỳ đè bàn chân.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, kỹ thuật viên dụng cụ chỉnh hình.

- Ghi chép đầy đủ tình trạng bệnh lý và kết quả lượng giá vùng bàn chân của người bệnh.

4.2. Phương tiện

Giày chỉnh hình, Nẹp FO.

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về các bước sử dụng giày, nẹp chỉnh hình.
- Người bệnh ở tư thế ngồi.

5. PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

Người bệnh ở tư thế thoải mái, thuận tiện cho việc đi giày, nẹp chỉnh hình.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Bước 1. kỹ thuật viên gấp bàn chân về phía mu chân rồi đặt giày, nẹp FO xuống mặt dưới bàn chân (có thể lắp trước nẹp FO vào trong giày).

- Bước 2. giữ giày, nẹp ôm sát bàn chân đồng thời xỏ chân vào giày, buộc dây.

- Bước 3. cho người bệnh đứng dậy đi lại thử bằng nẹp trong 10-15 phút và đánh giá lại (đau, điếm tỳ đè, dáng đi,...).

- Bước 4. người tập: tập cho người bệnh 20-30 phút.

6. THEO DÕI

Khi mang giày, nẹp chỉnh hình, người bệnh cần phải được hướng dẫn kiểm tra để phát hiện sớm dấu hiệu loét ở các vùng tỳ đè.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có tai biến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 367).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP VẬN ĐỘNG THỤ ĐỘNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tập thụ động là hình thức tập được thực hiện bởi lực tác động bên ngoài do người tập hoặc các dụng cụ trợ giúp. Vận động thụ động nghĩa là phần cơ thể được vận động không có sự tham gia làm động tác vận động cơ cơ chủ động của người bệnh.

- Kỹ thuật này được làm khi người bệnh không tự thực hiện được động tác vận động của mình.

2. CHỈ ĐỊNH

Khi người bệnh không tự làm được động tác vận động.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi có nguy cơ biến chứng do vận động thụ động gây ra:
- Gãy xương, can xương độ I hoặc II.
- Các chấn thương mới (1-2 ngày đầu).
- Nguy cơ gãy xương như u xương, lao xương, lao khớp.
- Viêm khớp nhiễm khuẩn, tràn máu, tràn dịch khớp.
- Các vết thương phần mềm quanh khớp chưa liền sẹo.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ Phục hồi chức năng, kỹ thuật viên Vật lý trị liệu và những người đã được hướng dẫn thành thạo được đào tạo chuyên khoa.

4.2. Phương tiện

Bàn tập và các dụng cụ hỗ trợ cho tập luyện như gậy, ròng rọc, nẹp, túi cát,...

4.3. Người bệnh

Được giải thích về mục đích, phạm vi, mức độ.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa ghi chép đầy đủ tình trạng người bệnh từ lúc bắt đầu đến phục hồi chức năng và theo dõi quá trình tiến triển.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế người bệnh thoải mái phù hợp với khớp cần tập.
- Không dùng lực bắt khớp cần tập vận động.
- Người làm kỹ thuật thực hiện vận động theo mẫu, theo tầm vận động bình thường của khớp, đoạn chi hoặc phần cơ thể đó.
- Tần suất, thời gian một lần tập 15-20 phút cho một khớp, 1- 2 lần/ngày, tùy theo bệnh cảnh lâm sàng và tình trạng thực tế của người bệnh.

6. THEO DÕI

6.1. Trong khi tập

- Phản ứng của người bệnh: khó chịu, đau.
- Các dấu hiệu chức năng sống: mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Các thay đổi bất thường: nhiệt độ, màu sắc đoạn chi, tầm vận động, chất lượng vận động.

6.2. Sau khi tập

- Các dấu hiệu sống: mạch, huyết áp, nhịp thở, tình trạng toàn thân chung.
- Khó chịu, đau kéo dài quá 3 giờ coi như tập quá mức.
- Nhiệt độ, màu sắc da, tầm vận động, chất lượng vận động của chi cần tập.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Trong khi tập

- Đau: không tập vận động vượt quá tầm vận động bình thường của khớp hoặc chi đó.
- Hạ huyết áp, ngừng tim, ngừng thở, gãy xương, trật khớp: ngừng tập và xử trí cấp cứu ngay.

7.2. Sau khi tập

Xử trí phù hợp với tai biến xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 75)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP VẬN ĐỘNG CÓ TRỢ GIÚP

1. ĐẠI CƯƠNG

Vận động có trợ giúp 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.

2. CHỈ ĐỊNH

Trong mọi trường hợp người bệnh chưa tự thực hiện được hết tầm vận động của khớp, một phần động tác vận động của mình.

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Phục hồi chức năng, kỹ thuật viên Vật lý trị liệu và người được đào tạo chuyên khoa nhà người bệnh đã được huấn luyện.

4.2. Phương tiện

Các phương tiện cần thiết hỗ trợ thích hợp cho vận động trợ giúp.

4.3. Người bệnh

Được giải thích về mục đích, phạm vi, mức độ, thời gian, kỹ thuật tập vận động chủ động có trợ giúp thụ động.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa.
- Chẩn đoán bệnh, chức năng, phát hiện đánh giá và theo dõi kết quả tập.

5. 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.

6. THEO DÕI

6.1. Trong khi tập

- Xem người bệnh có đau, khó chịu.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở và tình trạng toàn thân.

6.2. 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.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Trong khi tập

Nếu người bệnh bị đau tăng thì ngừng tập và theo dõi thêm.

7.2. 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 77)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP VẬN ĐỘNG CHỦ ĐỘNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Là động tác vận động do chính người bệnh thực hiện mà không cần có sự trợ giúp. Đây là phương pháp phổ biến chủ động và có hiệu quả nhất, nhằm mục đích duy trì và tăng tầm vận động của khớp, tăng sức mạnh của cơ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đã tự thực hiện được vận động.
- Kết quả thử cơ từ bậc 2 trở lên, cần làm tăng sức mạnh của cơ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh sau nhồi máu cơ tim cấp. Tình trạng tim mạch không ổn định
- Khi vận động khớp sẽ làm tổn thương phần khác của cơ thể.
- Ngay sau phẫu thuật khớp, gân, cơ, dây chằng hoặc vá da ngang qua khớp.
- Gãy xương, trật khớp chưa xử trí.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, người được đào tạo chuyên khoa nhà người bệnh và người bệnh đã được tập huấn.

4.2. Phương tiện

Bài tập, dụng cụ, gậy, ròng rọc, túi cát, dây cao su, tạ tay.

4.3. Người bệnh

- Lượng giá người bệnh để xác định loại tập vận động cần áp dụng.
- Người bệnh ở tư thế thoải mái, không ảnh hưởng đến tầm vận động của các khớp và chi, đã được giải thích về mục đích, thời gian, mức độ, kỹ thuật tập luyện.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa

- Chẩn đoán bệnh chính, chẩn đoán phục hồi chức năng.
- Chỉ định phương pháp tập.
- Phiếu thử cơ bằng tay, phiếu theo dõi kết quả tập.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh: tư thế thoải mái, phù hợp với mục đích, kỹ thuật và các phần của cơ thể cần tập, cho phép vận động các khớp, chi trong tầm vận động bình thường. Động viên người bệnh chủ động vận động hết tầm vận động.

- Người hướng dẫn tập: tư thế thoải mái thuận tiện cho các thao tác, làm động tác mẫu hướng dẫn người bệnh tập.

- Kỹ thuật: tập vận động theo các mẫu và tầm vận động bình thường của khớp, chi, phần cơ thể.

- Mỗi động tác lặp lại nhiều lần tùy theo khả năng người bệnh. Thời gian tập và mức độ vận động vận tăng dần, bắt đầu từ 5 đến 10 vận động. Vận động hết tầm là vận động bình thường cho phép. Mỗi ngày tập 1 đến 2 lần.

6. THEO DÕI

6.1. Trong khi tập

Chất lượng của vận động, phản ứng của người bệnh, mạch, huyết áp, nhịp thở.

6.2. Sau khi tập

Mạch, huyết áp, nhịp thở, đau kéo dài qua 3 4 giờ sau tập coi như tập quá mức, tiền triển của vận động.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Trong khi tập

- Đau: không vận động quá tầm vận động cho phép của khớp hoặc phần cơ thể cần tập.

- Gãy xương, trật khớp: ngừng tập, xử trí gãy xương, trật khớp.

- Hạ huyết áp, ngừng tim, ngừng thở: ngừng tập, cấp cứu hạ huyết áp, ngừng tim, ngừng thở.

7.2. Sau khi tập

Đau kéo dài quá 3-4 giờ sau khi tập, do tập quá mức, tạm thời ngừng tập cho đến khi hết đau rồi tiếp tục tập trở lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 79)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP VẬN ĐỘNG TỰ DO TỨ CHI

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Vận động tự do tứ chi là phương pháp tập mà lực tạo ra cử động do chính bởi lực cơ của người bệnh mà không có bất kỳ một ngoại lực nào hỗ trợ hay cản trở cử động, ngoại trừ trọng lực.

- Vận động tự do là bước tăng tiến từ giai đoạn tập chủ động có trợ giúp tới giai đoạn tập mà sự trợ giúp không còn cần thiết nữa.

1.2. Ưu điểm và nhược điểm

- Ưu điểm: Phương pháp này giúp cho người bệnh có thể tự tập bất cứ lúc nào và bất cứ ở đâu mà họ thích và thấy thuận tiện một khi họ đã hiểu rõ mục đích và nắm vững kỹ thuật thực hiện bài tập.

- Nhược điểm: Người điều trị đôi khi không kiểm soát được sự hoạt động của nhóm cơ cần tập. Trong trường hợp lực cơ không cân bằng, người bệnh thường dùng các mẫu cử động thay thế cho các mẫu cử động bình thường nếu họ không nắm vững kỹ thuật tập.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Tạo sự thư giãn

- Những cử động tự do tứ chi nhịp nhàng giúp những cơ bị tăng trương lực thư giãn, từ đó người bệnh có thể thực hiện cử động có chủ ý dễ dàng và hiệu quả hơn.

- Khi tập mạnh một nhóm cơ cá biệt sẽ tạo được sự thư giãn tại nhóm cơ đối vận. Sự co và giãn xen kẽ nhau ở nhóm cơ đối vận sẽ làm giảm co cứng và phục hồi tình trạng thư giãn bình thường của cơ đối vận nhanh hơn.

2.2. Tăng tầm vận động khớp

Khi tầm vận động khớp bị hạn chế, những cử động tự do tứ chi nhịp nhàng phối hợp với lực tác động vào tầm hoạt động khớp bị giới hạn sẽ làm tăng thêm tầm vận động khớp.

2.3. Tăng lực cơ và sự bền bỉ của cơ

- Lực cơ và sự bền bỉ của cơ được duy trì hay gia tăng thể hiện bằng lực căng tạo ra trong cơ.

- Lực căng này tùy thuộc vào: tốc độ co cơ (nhanh hay chậm hơn tốc độ vận động bình thường), thời gian tập, lực cản (trọng lực). Trong tình trạng bình thường, lực cơ có thể được duy trì bằng những hoạt động chức năng hàng ngày.

2.4. Cải thiện sự điều hợp thần kinh-cơ

- Sự điều hợp thần kinh cơ sẽ được cải thiện do lặp đi lặp lại nhiều lần cử động.

- Lúc bắt đầu tập, người bệnh cần tập trung chú ý để thực hiện một cử động mới. Nhưng nhờ sự lặp lại cử động nhiều lần, cử động trở nên ít nhiều tự động và phát triển thành sự khéo léo.

2.5. Tăng sự tin tưởng, lạc quan

- Khi thực hiện được các cử động có hiệu quả và điều hợp tốt, người bệnh sẽ tin tưởng vào khả năng điều khiển cử động của mình.

- Lạc quan và yên tâm thực hiện chương trình điều trị đã được hướng dẫn.

2.6. Thay đổi tích cực trong hệ thống tuần hoàn và hô hấp

Khi tập mạnh hay tập lâu, người bệnh thở nhanh hơn và sâu hơn, tim đập nhanh hơn và mạnh hơn, nhiệt lượng phát sinh trong cơ thể nhiều hơn ảnh hưởng tốt cho hệ tim mạch và hô hấp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có rối loạn tri giác nhận thức, không phối hợp được với người hướng dẫn tập và không điều khiển được các cử động của cơ thể.

- Sau nhồi máu cơ tim cấp, gãy xương, sai khớp chưa được nắn chỉnh cố định.

- Tình trạng toàn thân nặng không cho phép tập.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ Phục hồi chức năng, Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu, người nhà và bản thân người bệnh đã được tập huấn

4.2. Phương tiện thực hiện

- Bàn tập hay đệm tập sàn nhà, cầu thang tập,...

- Phòng tập thoáng, có đủ không gian cho người bệnh tập một cách an toàn.

4.3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích rõ mục đích của kỹ thuật để phối hợp thực hiện.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa

- Người thực hiện kỹ thuật ghi rõ trong hồ sơ bệnh án thời gian thực hiện, loại kỹ thuật vận động khớp sẽ thực hiện trên người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ và lựa chọn bài tập

Lựa chọn bài tập vận động tự do tứ chi phù hợp dựa trên vùng thân thể cần được tập luyện. Đây là loại bài tập liên quan đến nhiều khớp, nhiều cơ, những bài tập thường dùng trong thể loại này là tập trên đệm, đi bộ, chạy, lên xuống cầu thang,...

5.2. Bước 2. Kiểm tra người bệnh

- Hướng dẫn trình bày động tác tập để người bệnh hiểu, làm mẫu trước khi người bệnh tự thực hiện động tác. Mỗi cử động phải theo một trình tự đúng, từ vị trí khởi đầu, cử động đến hết tầm vận động của khớp, rồi lại trở về vị trí khởi đầu, thư giãn, xong lại tiếp tục lần lặp lại khác.

- Các động tác tập không quá dễ cũng không quá khó đối với khả năng thực hiện của người bệnh. Nếu có cử động thay thế là do động tác tập quá khó hoặc do người bệnh chưa đủ điều kiện để bước qua giai đoạn tập chủ động, cần phải xem lại.

- Người hướng dẫn phải thường xuyên theo dõi, đảm bảo người bệnh thực hiện vận động nhịp nhàng qua suốt tầm vận động và tránh các cử động thay thế.

5.3. Bước 3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Chọn lựa tư thế khởi đầu thích hợp

Tư thế khởi đầu thích hợp là nền tảng cơ bản của bài tập, người hướng dẫn cần huấn luyện người bệnh cẩn thận để đảm bảo hiệu quả tối ưu.

5.3.2. Hướng dẫn người bệnh kỹ thuật tập

- Giải thích những cử động mà người bệnh cần thực hiện và mục đích của những cử động đó để người bệnh hiểu và có thể thực hiện hiệu quả bài tập.

- Sử dụng các động tác mẫu trên phần cơ thể của người hướng dẫn hay trên phần cơ thể bên đối diện không bị tổn thương của người bệnh.

- Sử dụng lời nói để động viên và hướng dẫn người bệnh trong suốt thời gian tập.

- Thay đổi bài tập nếu cần để người bệnh hứng thú với chương trình tập mới và hợp tác tốt hơn.

5.3.3. Tốc độ của cử động

- Tốc độ của cử động tùy thuộc vào mục đích, yêu cầu của bài tập. Trong giai đoạn hướng dẫn người bệnh, người điều trị thường cho phép cử động diễn ra với tốc độ chậm hơn để người bệnh hiểu rõ trình tự thực hiện cử động.

- Trình tự thực hiện cử động là từ vị trí khởi đầu, cử động đến hết tầm vận động, trở lại vị trí khởi đầu, thư giãn và bắt đầu lặp lại động tác.

- Khi người bệnh đã hiểu rõ trình tự bài tập, người hướng dẫn chỉ cho người bệnh biết tốc độ cần thiết của cử động để đạt được mục đích trị liệu và yêu cầu người bệnh thực hiện.

5.3.4. Thời gian tập

- Thời gian tập tùy thuộc vào khả năng và tình trạng sức khỏe của người bệnh.

- Cần cho người bệnh một khoảng thời gian nghỉ ngắn giữa những lần tập.

6. THEO DÕI

6.1. Ngày đầu tiên

Người bệnh thường cảm thấy thoải mái, các cơ được thư giãn, giảm đau.

6.2. Ngày thứ hai

- Nếu người bệnh mệt hơn, đau tăng lên, tăng nhạy cảm khớp, nên giảm bớt cường độ và thời gian tập.

- Nếu không đau, người bệnh thấy thoải mái, dễ chịu hơn, lặp lại bài tập với cường độ và thời gian như trước.

6.3. Những ngày tiếp theo

Theo dõi và tăng dần cường độ tập hoặc có thể kéo dài thời gian tập mà không làm người bệnh mệt mỏi hoặc đau tăng lên.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Theo dõi huyết áp, chỉ số mạch an toàn trước và sau tập phòng ngừa người bệnh gắng sức quá mức gây tăng huyết áp hoặc tụt huyết áp đột ngột biến, nhất là ở những người bệnh lớn tuổi, nằm lâu, có tiền sử tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim hoặc tai biến mạch não trước đó.

- Nếu sau tập người bệnh mệt mỏi và đau các khớp kéo dài quá 24 giờ cần phải điều chỉnh lại chế độ tập cho phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 81)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP VẬN ĐỘNG CÓ KHÁNG TRỞ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tập vận động có kháng trở là vận động chủ động trong đó sự co cơ động hay tĩnh bị kháng lại bằng một lực từ bên ngoài.

- Mục đích là làm tăng sức mạnh của cơ, tăng sức bền của cơ, tăng công cơ.

2. CHỈ ĐỊNH

Cần làm tăng sức mạnh và sức bền của cơ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trong trường hợp đã được lượng giá thử cơ bậc 0,1,2.

- Trong bệnh lý teo cơ giả phì đại.

- Thận trọng trong một số trường hợp bệnh lý nội khoa, tim mạch nặng, suy hô hấp, chấn thương chưa bình phục.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, người được đào tạo chuyên khoa nhà và bản thân người bệnh đã được tập huấn.

4.2. Phương tiện

Một số dụng cụ tạo kháng trở như túi cát, rỗng rọc, tạ, dây chun

4.3. Người bệnh

Giải thích để người bệnh hiểu mục đích, nguyên tắc kỹ thuật, kế hoạch tập, các vấn đề cần chú ý trong khi tập và theo dõi sau tập để phối hợp

4.4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa

- Phiếu theo dõi tiến triển và kết quả tập.

- Phiếu thử cơ bằng tay đánh giá tầm vận động của khớp để xác định sức kháng cản phù hợp.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Tư thế người bệnh

Người bệnh ở tư thế thoải mái, phù hợp với vị trí cần tập, không làm hạn chế tầm vận động trong khi tập.

5.2. Bước 2. Nguyên tắc kỹ thuật

- Lực kháng cản được đặt cố định ở đầu xa của cơ cần được làm mạnh hoặc ở điểm xa của khối cử động.

- Hướng kháng cản đối diện thẳng (vuông góc) với hướng vận động ở đầu và cuối tầm vận động lực kháng cản được sử dụng ít nhất.

- Người bệnh không được nín thở trong khi tập.

5.3. Bước 3. Kỹ thuật

- Tập vận động có kháng trở đẳng trương (isotonic).
- Bài tập vận động có kháng trở đẳng trường (isometric).
- Nguyên tắc chung:
 - + Đúng kỹ thuật.
 - + An toàn.
 - + Hiệu quả.

6. THEO DÕI

6.1. Trong khi tập

Mạch, huyết áp, nhịp thở và các biểu hiện bất thường khác.

6.2. Sau khi tập

Có mệt mỏi, đau kéo dài do tập quá sức.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Trong khi tập

Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở và các biến chứng khác để xử trí kịp thời.

7.2. Sau khi tập

Sau khi tập 24 giờ nếu người bệnh còn đau, mệt phải báo cáo bác sĩ chuyên khoa để xử trí và điều chỉnh chương trình tập cho phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 85)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP KÉO DẪN

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Kéo dẫn là một kỹ thuật được sử dụng để kéo dài cấu trúc mô mềm bị co ngắn do giảm hay mất tính mềm dẻo, tính đàn hồi, làm gia tăng tầm vận động khớp. Có hai phương pháp để kéo dài các tổ chức co được (cơ) và tổ chức không co được (tổ chức liên kết), đó là kéo dẫn thụ động và tự kéo dẫn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tầm vận động khớp bị hạn chế do co rút, dính khớp và hình thành sẹo tổ chức, dẫn đến các cơ, tổ chức liên kết, da bị co ngắn lại.
- Phòng ngừa biến dạng, co rút phần mềm do hạn chế tầm vận động khớp.
- Co cứng, co rút làm giới hạn các hoạt động chức năng hàng ngày.
- Yếu cơ và các tổ chức bị căng. Các tổ chức bị căng được kéo dài trước khi tập mạnh cơ yếu thì hiệu quả tập mạnh cơ sẽ tốt hơn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi có khối xương (cơ hoá cốt, u xương,...) làm giới hạn tầm vận động khớp.
- Người bệnh sau gãy xương mới.
- Viêm cấp tính, nhiễm trùng trong khớp hoặc quanh khớp. Bất cứ khi nào cơ đau nhói, đau cấp tính khi cử động khớp hoặc khi kéo dài cơ.
- Khi có khối máu tụ hoặc các dấu hiệu khác của chấn thương phần mềm.
- Khi sự co cứng hoặc co ngắn của các mô mềm tạo nên sự ổn định khớp vì lúc này không thể ổn định khớp bằng độ bền vững của cấu trúc và sức mạnh cơ bình thường.
- Khi co cứng hoặc co ngắn các mô mềm là cơ sở để tăng các khả năng chức năng, đặc biệt trong trường hợp người bệnh bị liệt nặng.
- Lưu ý:
 - + Không kéo dẫn bắt buộc khớp vượt quá tầm vận động bình thường của khớp nó một cách thụ động.
 - + Thận trọng khi kéo dẫn ở những trường hợp gãy xương mới, ổ gãy phải được bảo vệ bằng cách cố định giữa nơi gãy và khớp vận động.
 - + Thận trọng khi kéo dẫn ở những người bệnh có hay nghi ngờ loãng xương nặng do bệnh lý, do nằm lâu, do tuổi hay do sử dụng thuốc.
 - + Lưu ý là các bài tập kéo dẫn cơ cường độ cao trong thời gian ngắn thường làm chấn thương và hậu quả là làm yếu các mô mềm.
 - + Bổ sung các bài tập tăng cường sức mạnh vào chương trình kéo dẫn để người bệnh có thể phát triển sự cân bằng thích hợp giữa độ mềm dẻo và sức mạnh.

+ Nếu người bệnh đau khớp hoặc nhức cơ kéo dài hơn 24 giờ là dấu hiệu của lực kéo dẫn đã quá mức.

+ Tránh kéo dẫn các mô bị phù vì nó dễ tổn thương hơn mô bình thường, khi kéo dẫn dễ gây đau và làm phù tăng lên.

+ Tránh kéo dẫn quá mức các cơ yếu đặc biệt các cơ nâng đỡ cơ thể trong mối tương quan với trọng lực.

4. CHUẨN BỊ THỰC HIỆN

4.1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên Phục hồi chức năng, người được đào tạo chuyên khoa

4.2. Phương tiện

- Bàn tập, đai cố định cho kéo dẫn thụ động bằng tay.
- Bột, nẹp, máy kéo dẫn nếu sử dụng kéo dẫn thụ động bằng dụng cụ cơ học kéo dài.

4.3. Đánh giá người bệnh trước khi kéo dẫn

- Xác định xem tổ chức nào hoặc khớp nào hạn chế, nguyên nhân làm giảm vận động khớp và chọn kỹ thuật kéo dẫn thích hợp hoặc kết hợp vận động và kéo dẫn.

- Đánh giá độ trượt của khớp, trước khi kéo dẫn có thể sử dụng các kỹ thuật di động khớp để lập lại độ trượt khớp.

- Đánh giá sức mạnh cơ vùng có hạn chế vận động khớp và cân nhắc kỹ giá trị kéo dẫn cho các cấu trúc bị hạn chế.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa

- Người thực hiện kỹ thuật ghi rõ trong hồ sơ bệnh án thời gian thực hiện, loại kỹ thuật kéo dẫn sẽ thực hiện trên người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ, lựa chọn kỹ thuật

Lựa chọn kỹ thuật kéo dẫn để có thể đạt được mục đích tốt nhất.

5.2. Bước 2. Kiểm tra và chuẩn bị người bệnh

- Giải thích mục đích kéo dẫn và quy trình kéo dẫn cho người bệnh hiểu để họ hợp tác tốt, tạo sự tin tưởng và làm người bệnh thư giãn.

- Đặt người bệnh trong tư thế thoải mái, vững chắc và ổn định để cho phép mặt phẳng cử động là tốt nhất khi quy trình kéo dẫn được thực hiện.

- Dùng các kỹ thuật thư giãn, nhiệt nóng đối với tổ chức mô mềm trước khi kéo dẫn để làm tăng khả năng duỗi dài và giảm chấn thương.

5.3. Bước 3. Thực hiện kỹ thuật kéo dẫn bằng tay

- Cử động chi thể chậm rãi qua phạm vi tự do của điểm bị hạn chế. Hướng kéo dẫn sẽ ngược lại với hướng cơ bị co ngắn.

- Cầm nắm ở đoạn gần và đoạn xa đối với khớp tạo ra cử động. Nên sử dụng những miếng đệm lót ở vùng có tổ chức dưới da ít, trên mặt xương, nơi giảm cảm giác và sử dụng mặt phẳng rộng của bàn tay khi tạo lực.

- Kéo dẫn cơ trên nhiều khớp, kéo dẫn khớp gần trước, tiếp đến là khớp xa.

- Kéo dẫn cơ qua một khớp ở một thời điểm, sau đó qua toàn bộ các khớp một cách đồng thời cho đến khi độ dài tối ưu của tổ chức mô mềm đạt được.

- Lực vừa đủ để tạo sức căng ở các cấu trúc của mô mềm nhưng không quá mạnh để gây đau hay tổn thương các cấu trúc này.

- Tránh các cử động giật cục, tránh để rơi tay chân đột ngột ở cuối tầm.

- Để lực kéo dẫn kéo dài ít nhất 15-30 giây, trong thời gian này sức căng ở tổ chức sẽ giảm xuống, cử động của khớp và chi sẽ xa hơn một ít.

- Giảm dần lực kéo dẫn để người bệnh nghỉ một lúc, sau đó lặp lại kỹ thuật. Chú ý đừng cố gắng đạt được hết tầm trong một hay hai đợt điều trị. Tăng tính mềm dẻo là một quá trình chậm và từ từ.

5.4. Bước 4. Thực hiện kéo dẫn thụ động bằng dụng cụ cơ học

5.4.1. Kéo dẫn thụ động bằng dụng cụ cơ học thời gian dài kéo dài

- Dùng dụng cụ cơ học (máy, nẹp, bột nhiều lần, ròng rọc,...) cung cấp một lực bên ngoài với cường độ thấp trong một thời gian dài.

- Thời gian kéo dẫn có thể từ 20-30 phút hoặc lâu hơn trong một vài giờ.

- Độ dài tổ chức được duy trì sau khi lực kéo dẫn đã được loại bỏ.

5.4.2. Kéo dẫn thụ động bằng dụng cụ cơ học có chu kỳ

Sử dụng dụng cụ cơ học tạo ra tầm vận động tự động thực hiện theo chu kỳ và điều chỉnh được cường độ, độ dài của từng chu kỳ và số chu kỳ kéo dẫn trong một phút.

5.5. Bước 5. Thực hiện kỹ thuật tự kéo dẫn

- Là bài tập linh hoạt mà người bệnh tự thực hiện.

- Người bệnh kéo dẫn một cách thụ động những cơ co rút của chính họ bằng cách sử dụng trọng lượng cơ thể như lực để kéo dẫn.

6. THEO DÕI

6.1. Ngày đầu tiên điều trị

Để khớp nghỉ ngơi hoặc thư giãn tối đa để giảm đau và làm mềm khớp.

6.2. Ngày thứ hai

- Nếu đau tăng lên và kéo dài quá 6 giờ, chúng tôi kéo dẫn đã quá liều, cần giảm cường độ và thời gian kéo xuống.

- Nếu không đau hay khớp dễ chịu hơn, lặp lại kỹ thuật như ngày đầu.

6.3. Những ngày tiếp theo

Khi tầm vận động khớp đã khá lên hoặc vận động khớp hết tầm vận động, tổ chức cơ và mô mềm đã mềm dẻo hơn, xem xét thời gian lặp lại kỹ thuật và xác định thời gian kết thúc.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Rách mô cơ, dây chằng, bao khớp hay trật khớp có thể xảy ra nếu kéo dẫn khớp quá mức hay kỹ thuật kéo dẫn không đúng, giật cục. Khớp sưng to hơn, đau kéo dài hơn có thể là những dấu hiệu xấu, cần điều chỉnh lại kỹ thuật chỉ điểm.

- Xử trí: Sử dụng các biện pháp điện trị liệu như sóng ngắn, hồng ngoại, chườm lạnh,... để giảm sưng đau và tạm nghỉ kéo dẫn, cố định khớp ít nhất 21 ngày nếu xác định có tổn thương phần mềm quanh khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 87)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP NẪM ĐÚNG TƯ THẾ CHO NGƯỜI BỆNH LIỆT NỬA NGƯỜI

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Liệt nửa người là liệt một tay, và một chân và nửa mặt cùng bên, có nhiều nguyên nhân nhưng thường gặp là do tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não,...
- Kỹ thuật tập nằm đúng tư thế là kỹ thuật vị thế, người bệnh được đặt hoặc hướng dẫn nằm ở các tư thế đúng theo mẫu phục hồi.

1.2. Sự cần thiết phải nằm đúng tư thế

- Để đề phòng và khắc phục co cứng bên liệt.
- Kích thích người bệnh sử dụng bên liệt trong động tác sinh hoạt hàng ngày.
- Hạn chế các biến chứng do bất động.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các giai đoạn của liệt nửa người do tai biến mạch máu não; chấn thương sọ não; viêm não, màng não.
- Phòng ngừa biến chứng và thương tật thứ cấp như loét, nhiễm trùng hô hấp,...
- Phòng ngừa co cứng trong giai đoạn đầu và ức chế co cứng khi co cứng đã xuất hiện của người bệnh liệt nửa người.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thận trọng khi người bệnh còn trong tình trạng cấp cứu.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- KTV vật lý trị liệu hoặc người đã được đào tạo và thành thạo kỹ thuật.
- Người nhà hoặc bản thân người bệnh đã được hướng dẫn đầy đủ.

4.2. Phương tiện

- Giường bệnh hoặc giường tập
- Gối vuông mềm: 06 chiếc
- Gối tròn: 04 chiếc
- Chăn hoặc vỏ chăn: 02 chiếc
- Túi cát loại 02 kg: 03 túi

4.3. Người bệnh, người nhà

Thông báo, giải thích rõ ràng để người bệnh và gia đình yên tâm và phối hợp

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa vật lý có chỉ định của bác sĩ.
- Ngày điều trị, giờ điều trị

- Tình trạng người bệnh trước trong và sau khi tập
- Tên kỹ thuật viên thực hiện y lệnh

5. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Ngày điều trị, giờ điều trị.
- Kỹ thuật được chỉ định.
- Tên kỹ thuật viên thực hiện y lệnh.

5.2. Bước 2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng người bệnh trước khi tập.

5.3. Bước 3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Người bệnh nằm nghiêng về phía bên liệt

- Đầu người bệnh được đỡ ngay ngắn và chắc chắn trên gối, không làm gập các đốt sống cổ.
- Vai bên liệt được đưa ra trước vuông góc với thân; tay bên liệt duỗi, xoay ngửa, các ngón tay duỗi, dẹt.
- Chân bên liệt ở tư thế khớp háng duỗi, khớp gối hơi gập.
- Thân mình ở tư thế nửa ngửa.
- Tay bên lành đặt trên thân mình hoặc trên gối đỡ phía sau lưng.
- Chân bên lành được đỡ trên gối cao ngang mức với thân và hông, khớp háng và khớp gối gập.

5.3.2. Người bệnh nằm ngửa trên giường bệnh hoặc trên giường tập

- Đầu người bệnh được đỡ chắc chắn trên gối có chiều cao phù hợp để không làm gập các đốt sống cổ, mặt nhìn thẳng hoặc quay về phía bên liệt.
- Dùng gối mỏng đỡ dưới xương bả vai để đưa khớp vai bên liệt ra trước; tay liệt xoay ngửa, duỗi dọc theo thân mình, hoặc dẹt ngang vai, hoặc duỗi lên phía trên đầu.
- Dùng gối mỏng đỡ dưới hông bên liệt để đưa hông bên liệt ra trước, gối đỡ dưới khoeo để gập khớp háng và khớp gối bên liệt, gối hoặc túi cát đỡ phía mắt cá ngoài để chân bên liệt không bị đổ ra ngoài.

- Tay và chân bên lành ở vị trí mà người bệnh cảm thấy thoải mái, dễ chịu.

5.3.3. Người bệnh nằm nghiêng về phía bên lành

- Đầu người bệnh được đỡ ngay ngắn và chắc chắn trên gối, không làm gập các đốt sống cổ.
- Tay bên liệt được đỡ bằng gối ở phía trước, cao ngang bằng mức với thân mình với khớp vai và khớp khuỷu duỗi.
- Thân mình vuông góc với mặt giường, có gối đỡ phía lưng.

- Chân bên liệt được đỡ trên gối ở phía trước cao ngang mức với thân mình, khớp háng và khớp gối gấp.

- Chân và tay bên lành ở vị trí mà người bệnh cảm thấy thoải mái, dễ chịu.

5.3.4. Cứ 3 đến 4 giờ phải lăn trở và thay đổi tư thế nằm cho người bệnh.

6. THEO DÕI SAU KHI THỰC HIỆN KỸ THUẬT

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tập.

- Theo dõi phát hiện các dấu hiệu bất thường.

- Nếu có bất thường xử trí kịp thời theo đúng phác đồ, báo cáo bác sĩ.

- Ghi chép hồ sơ bệnh án: Tình trạng người bệnh trong và sau khi tập.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Hướng dẫn người bệnh đề phòng những tai biến có thể xảy ra như: Đau, khó chịu, mệt mỏi,... nếu thấy có gì bất thường báo cáo bác sĩ ngay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 91)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP TAY VÀ BÀN TAY CHO NGƯỜI BỆNH LIỆT NỬA NGƯỜI

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Liệt nửa người là liệt một tay, một chân, nửa mặt cùng bên, nguyên nhân có nhiều nhưng thường gặp nhất là tai biến mạch máu não.

1.2. Tầm quan trọng của tập tay và bàn tay

- Tay và bàn tay liệt thường bị giảm và mất chức năng nặng và khó hồi phục hơn chân do mức độ vận động tinh tế của tay và bàn tay.

- Phục hồi chức năng tay và bàn tay liệt giúp người bệnh phục hồi được khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày.

- Bàn tay có hoạt động rất tinh tế cần có kỹ thuật tập phục hồi chức năng riêng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các giai đoạn của liệt nửa người do tai biến mạch máu não.

- Có thể áp dụng cho người bệnh liệt nửa người do chấn thương sọ não; viêm não, màng não, u não,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thận trọng khi người bệnh trong tình trạng cấp cứu và giai đoạn liệt mềm.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- KTV hoặc người đã được đào tạo chuyên khoa và thành thạo kỹ thuật.

- Người nhà hoặc bản thân người bệnh đã được hướng dẫn kỹ thuật đầy đủ.

4.2. Phương tiện

- Giường bệnh hoặc giường tập.

- Bóng tập.

- Gậy tập.

- Các dụng cụ hoạt động trị liệu.

4.3. Người bệnh, người nhà

Thông báo, giải thích để người bệnh, gia đình yên tâm và chủ động phối hợp.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa vật lý có chỉ định của bác sĩ.

- Ngày điều trị, giờ điều trị.

- Tình trạng người bệnh trước trong và sau khi tập.

- Tên kỹ thuật viên thực hiện y lệnh.

5. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của Bác sĩ
- Tên kỹ thuật viên thực hiện y lệnh

5.2. Bước 2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng người bệnh trước khi tập

5.3. Bước 3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Tập vận động ở tư thế nằm

- Kỹ thuật nắm giữ bàn tay liệt trong các động tác hỗ trợ của tay lành.
- Tập luyện: Tập vận động tay liệt có sự trợ giúp của tay lành. Tập kiểm soát vận động tay liệt. Tập vận động khớp vai bên liệt ra trước.

5.3.2. Tập vận động ở tư thế ngồi

- Kỹ thuật vị thế: giúp hoặc hướng dẫn người bệnh ngồi ở vị thế đúng.
- Ước chế co cứng vai tay bên liệt.
- Ước chế co cứng khớp cổ tay và các ngón tay bên liệt.
- Tập luyện: Tập vận động tay liệt có sự hỗ trợ của tay lành. Tập kiểm soát vận động tay liệt. Tập phục hồi chức năng bàn tay. Tập với các dụng cụ, tập theo nhóm.
- Hoạt động trị liệu.

5.3.3. Tập vận động ở tư thế đứng

- Kỹ thuật vị thế: Người bệnh kiểm soát được thăng bằng khi đứng.
- Ước chế co cứng của tay liệt ở tư thế đứng.
- Tập luyện: Tập vận động tay liệt, tay lành và toàn thân ở tư thế đứng. Tập với các dụng cụ, tập theo nhóm.

6. THEO DÕI

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tập, phát hiện các dấu hiệu bất thường.
- Ghi chép hồ sơ bệnh án: Tình trạng người bệnh trong và sau khi tập

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Hướng dẫn người bệnh đề phòng những tai biến có thể xảy ra như: Đau tăng lên, khó chịu, mệt mỏi,... nếu thấy có gì bất thường báo cáo bác sĩ ngay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 94)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP ĐỨNG VÀ ĐI CHO NGƯỜI BỆNH LIỆT NỬA NGƯỜI

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Liệt nửa người là liệt một tay và một chân và nửa mặt cùng bên, thường do tai biến mạch máu não.

1.2. Tầm quan trọng của tập đứng và đi

- Tập đứng và đi giúp người bệnh có thể tự di chuyển được
- Dự phòng được các biến chứng của bất động
- Giúp người bệnh phục hồi khả năng tự phục vụ, hòa nhập với gia đình xã hội

2. CHỈ ĐỊNH

- Giai đoạn sau của liệt nửa người do tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não, sau mô u não, sau viêm não,....
- Khi người bệnh đã có thể tự ngồi và kiểm soát được thăng bằng.
- Tình trạng tim mạch và toàn thân cho phép.
- Có thể áp dụng đối với các người bệnh chấn thương sọ não; viêm não, màng não, u não;...có liệt nửa người.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thận trọng với người bệnh liệt mềm, người bệnh có rối loạn thăng bằng.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- KTV hoặc người đã được đào tạo chuyên khoa và thành thạo kỹ thuật.
- Người nhà và bản thân người bệnh đã được hướng dẫn đầy đủ.

4.2. Phương tiện

- Giường, ghế hoặc bàn tập.
- Thanh song song, khung tập đi, nạng, gậy chống.

4.3. Người bệnh, người nhà

Thông báo, giải thích để người bệnh, gia đình yên tâm phối hợp tập luyện.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa vật lý có chỉ định của bác sĩ:

- Tên kỹ thuật viên thực hiện y lệnh.
- Ngày điều trị, giờ điều trị và tập luyện.
- Tình trạng người bệnh trước trong và sau khi tập.

5. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ.
- Tên kỹ thuật viên thực hiện tập luyện.

5.2. Bước 2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân, tim mạch, hô hấp của người bệnh trước khi tập.
- Giải thích để người bệnh phối hợp.

5.3. Bước 3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Quy trình kỹ thuật tập đứng

- Người bệnh ngồi trên ghế có chiều cao phù hợp, đầu và thân mình thẳng, hai vai cân xứng, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông và hai chân.
- Người hướng dẫn (KTV) đứng phía trước hoặc phía bên liệt của người bệnh.
- Giúp hoặc hướng dẫn người bệnh dồn trọng lượng về phía trước để đứng lên.
- Hướng dẫn người bệnh tự đứng lên không cần trợ giúp.
- Thực hiện các bài tập ở tư thế đứng như:
 - + Đứng thẳng bằng tĩnh và động.
 - + Tập dồn trọng lượng lên chân liệt.
 - + Tập chuyển và dồn trọng lượng lần lượt lên hai chân.
 - + Tập chủ động gập, duỗi chân liệt.
 - + Tập luân phiên gập riêng khớp gối từng bên.
 - + Tập kiểm soát vận động của khớp gối bên liệt.
 - + Tập làm giảm co cứng duỗi ở khớp cổ chân.

5.3.2. Quy trình kỹ thuật tập đi

- Tập đứng dồn trọng lượng lên chân lành, bước chân liệt lên phía trước và ra phía sau.
- Tăng cường thẳng bằng, kiểm soát vận động của khớp háng, chân bên liệt.
- Tập luyện dáng đi.
- Tập bước tại chỗ trên bàn chạy.
- Tập đi.
- Tập lên, xuống dốc; tập lên xuống cầu thang: lên cầu thang bước chân lành lên trước rồi đưa chân liệt lên cùng bậc, khi xuống cầu thang bước chân lành xuống bậc thang đầu tiên rồi đưa chân lành xuống cùng bậc.
- Tập đi trên các bề mặt không bằng phẳng và các địa hình khác nhau: Thời gian đầu tập trong thanh song song, sau đó tập trong khung tập đi rồi mới tập với nạng.

6. THEO DÕI

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tập.
- Theo dõi phát hiện các dấu hiệu bất thường.
- Nếu có bất thường xử trí kịp thời theo đúng phác đồ, báo cáo bác sĩ.
- Ghi chép hồ sơ bệnh án: Tình trạng người bệnh trong và sau khi tập.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Hướng dẫn người bệnh đề phòng những tai biến có thể ngã trong khi tập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 97)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT TƯ THỂ ĐÚNG CHO NGƯỜI BỆNH LIỆT TỬY

1. ĐẠI CƯƠNG

Đặt tư thế đúng cho người bệnh tổn thương tủy sống sẽ giúp phòng ngừa, hạn chế hoặc sửa đổi các biến chứng như loét và cứng khớp.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh tổn thương tủy sống gây liệt tứ chi hoặc hai chân

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thận trọng khi người bệnh còn trong tình trạng cấp cứu.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- KTV hoặc người đã được đào tạo chuyên khoa và thành thạo kỹ thuật.
- Người nhà hoặc bản thân người bệnh đã được hướng kỹ thuật dẫn đầy đủ.

4.2. Phương tiện

- Giường bệnh hoặc giường tập: phải phù hợp với mức tổn thương, phải thoải mái và phải giúp tạo thuận cho người bệnh tiếp cận với môi trường sống.
- Gối vuông mềm: 06 chiếc
- Gối tròn: 04 chiếc
- Chăn hoặc vỏ chăn: 02 chiếc
- Túi cát loại 02 kg: 03 túi
- Ghế hoặc xe lăn: 01 chiếc

4.3. Người bệnh, người nhà

Thông báo, giải thích rõ ràng để người bệnh và gia đình yên tâm và phối hợp.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa vật lý có chỉ định của bác sĩ:

- Ngày điều trị, giờ điều trị.
- Tình trạng người bệnh trước trong và sau khi tập.
- Tên kỹ thuật viên thực hiện y lệnh.

5. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Ngày điều trị, giờ điều trị
- Tên kỹ thuật viên thực hiện y lệnh

5.2. Bước 2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng người bệnh trước khi tập

5.3. Bước 3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Đặt tư thế đúng trên giường

- Hai chi trên:

+ Đặt cánh tay dọc theo thân, đảm bảo cho cả cánh tay được nâng đỡ để tránh phù nề và tránh đau.

+ Vai và bả vai được nâng đỡ để tránh một tư thế gắng sức gây đau.

+ Khuỷu để duỗi để tránh biến dạng gập.

+ Hai bàn tay đặt sao cho thuận tiện cho tác dụng khóa gân (tenodesis) (động tác gập duỗi cổ tay): Gấp cuộn tròn các ngón tay, cổ tay ở tư thế duỗi nhẹ 30 độ, các xương bàn-đốt ngón tay và những khớp gian đốt ngón tay ở tư thế gập 90 độ, các khớp gian đốt ngón xa ở tư thế trung tính 0 độ.

+ Hoặc tư thế của bàn tay ở tư thế nghỉ ngơi (cổ tay duỗi 30 độ, xương bàn tay-đốt ngón tay gập 45 độ, các khớp gian đốt gập nhẹ.

- Hai chi dưới:

+ Hông và gối được đặt thẳng, hông dạng 30 độ: sử dụng gối chêm.

+ Tư thế nằm nghiêng: Sử dụng gối chêm giữa hai gối, sát dưới lưng để giảm tải cho phần xương còng và giữ hai bàn chân gập mặt mu (xoay trở đều đặn về ban đêm).

+ Giảm tải dưới gót chân bằng cách duy trì gập mu cổ chân 90 độ.

5.3.2. Đặt tư thế ngồi đúng (trên ghế hoặc trên xe lăn)

- Tư thế lý tưởng là ngồi trên một mặt phẳng nằm ngang với hông gập 90 độ, gối gập 90 độ, gập mu chân 90 độ, bàn chân đặt sát vào chỗ tựa.

- Khung chậu: Kiểm tra qua ba mặt phẳng không gian:

+ Hai gai chậu trước trên ngang bằng nhau (mặt phẳng nằm ngang)

+ Gai chậu trước trên thẳng đứng so với mấu chuyển lớn

+ Hai gối ngang bằng nhau (mặt phẳng trán)

- Hai chân: Hai chân phải được nâng đỡ tốt bằng hai tấm đỡ chân, sao cho phần dưới đùi phải tiếp xúc với nơi tựa của chỗ ngồi. Có thể thêm một miếng mút hoặc gối chêm để bảo vệ hai gót chân.

- Cột sống: Cột sống phải được giữ thẳng và vững vàng. Chiều cao chỗ tựa lưng của xe lăn có thể được điều chỉnh tùy theo mức độ thẳng bằng và mức tổn thương tủy cao hay thấp.

- Hai chi trên: Hai vai được giữ vững và đối xứng nhờ vào sự điều chỉnh hai chỗ gác tay. Đối với người liệt tứ chi: 02 bàn tay phải luôn ở tư thế bàn tay chức năng.

- Cổ và đầu: Tránh tất cả những tư thế gập, duỗi, nghiêng hoặc mọi trạng thái căng cứng. Có thể thêm một chỗ tựa đầu để giúp nâng đỡ và tạo thoải mái cho người bệnh liệt tứ chi cao.

6. THEO DÕI

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tập.
- Theo dõi phát hiện các dấu hiệu bất thường.
- Nếu có bất thường xử trí kịp thời theo đúng phác đồ, báo cáo bác sĩ.
- Ghi chép hồ sơ bệnh án: Tình trạng người bệnh trong và sau khi tập.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau, khó chịu, mệt mỏi.
- Xử trí: cho người bệnh nghỉ ngơi, theo dõi, dùng thuốc giảm đau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 100)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP LẤN TRỞ KHI NẪM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Lấn trở mình thay đổi tư thế là một trong những biện pháp quan trọng nhất nhằm phòng chống các thương tật thứ cấp.

- Lấn trở mình thay đổi tư thế được áp dụng rộng rãi tại các bệnh viện, các cơ sở y tế và tại gia đình người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Những người bệnh nằm lâu một tư thế nào đó.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thận trọng đối với những người bệnh trong tình trạng choáng, trụy tim mạch.
- Các yếu tố nguy cơ trật cột sống, nguy cơ chảy máu,...

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, y tá điều dưỡng và người nhà đã được hướng dẫn.

4.2. Phương tiện

- Giường đệm dày, đủ rộng và an toàn thang dây buộc ở giữa giường.
- Các loại gối kê lót.
- Ga hoặc chăn mềm.
- Máy đo huyết áp, ống nghe.

4.3. Người bệnh

- Tùy theo từng giai đoạn của bệnh, tùy theo sự tổn thương mà kỹ thuật viên lấn trở-thay đổi tư thế cho người bệnh.

- Trước và sau lấn trở, thay đổi tư thế: kỹ thuật viên chuẩn bị tư thế cho người bệnh một cách thuận tiện và cần đặt họ ở một tư thế đúng.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Kỹ thuật viên hiệu hồ sơ bệnh án của người bệnh.
- Hiệu chỉ định, chống chỉ định ở các tư thế mà bác sĩ chuyên khoa yêu cầu.
- Lượng giá và lập chương trình phục hồi chức năng.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Tâm lý tiếp xúc

Tạo tâm lý tiếp xúc tốt với người bệnh, giải thích rõ lý do, mục đích việc lấn trở-thay đổi tư thế cho người bệnh và người nhà của họ để tạo sự hợp tác chặt chẽ giữa người bệnh và Người thực hiện làm công tác phục hồi chức năng.

5.2. Bước 2. Kỹ thuật

- Về nguyên tắc, lăn trở-thay đổi tư thế phải làm rất nhẹ nhàng và thận trọng để không làm tổn thương các khớp.

- Lăn trở-thay đổi tư thế làm từ 2 đến 3 giờ/lần.

5.2.1. Người bệnh chưa chủ động vận động được tay chân

- Kỹ thuật viên (2-3 người) nhẹ nhàng, đồng bộ lăn trở cho người bệnh và kê lót gối ở các điểm tựa để chống loét và chống co rút.

- Kỹ thuật viên dùng ga, chăn vải mềm để lăn trở cho người bệnh (từ vị trí nằm ngửa sang nằm nghiêng hoặc ngược lại,...)

5.2.2. Người bệnh chủ động vận động được

- Người bệnh nằm ngửa tập lăn trở sang phía bên liệt, kỹ thuật viên hướng dẫn nâng tay chân của người bệnh bên không liệt ra phía trước rồi đưa sang bên bị liệt, người bệnh lăn theo.

- Người bệnh nằm ngửa tập lăn trở sang phía bên không liệt:

+ Kỹ thuật viên nâng tay chân phía bị liệt của người bệnh ra phía trước chuyển sang phía không bị liệt, người bệnh lăn theo.

+ Người bệnh có thể cài các ngón tay của hai bên vào nhau và lăn trở sang bên phải hoặc bên trái theo ý muốn của mình.

5.2.3. Lăn trở thay đổi tư thế từ nằm nghiêng sang nằm sấp

- Khi người bệnh đã tự thay đổi được tư thế thì nhóm phục hồi chức năng phải đánh giá và tiếp tục chỉ định phục hồi chức năng phù hợp.

6. THEO DÕI

- Tình trạng toàn thân của người bệnh: mạch, huyết áp, nhiệt độ, hoa mắt, chóng mặt, mệt mỏi.

- Kỹ thuật viên ghi chép, đánh giá kết quả.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Nếu khi vận động lăn trở- thay đổi tư thế có những diễn biến xấu phải dừng ngay vận động, báo cáo bác sĩ chuyên khoa về phục hồi chức năng biết để kịp thời xử trí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 103)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP THAY ĐỔI TƯ THẾ TỪ NẪM SANG NGỒI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thay đổi tư thế từ nằm sang ngồi là các vận động cần thiết cho các chức năng di chuyển thường nhật thông thường mà người bệnh cần tự thực hiện hay thực hiện có trợ giúp bằng dụng cụ hay bằng trợ giúp của người điều trị.

- Tư thế ngồi là một trong những tư thế thoải mái, tự nhiên, vững vàng và được dùng nhiều nhất trong đời sống hàng ngày.

2. CHỈ ĐỊNH

- Được dùng tập cho các người bệnh nằm lâu tại giường.

- Chuẩn bị cho tiến trình tập tiếp theo như đứng dậy từ vị thế ngồi hay di chuyển từ giường qua ghế và xe lăn.

- Dùng trong trường hợp người bệnh cần được ngồi để cố định xương chậu, tập cột sống nhất là cử động xoay trong vị thế ngồi.

- Dùng trong trường hợp người bệnh cần được ngồi để tập cử động cẳng bàn chân trong trạng thái không chịu trọng lượng của cơ thể.

- Dùng trong trường hợp người bệnh cần được ngồi để rèn luyện tư thế đứng cho phần trên của cơ thể.

3. 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.

- Người bệnh có gãy xẹp thân đốt sống, gãy xương chậu mới can xương chưa chắc (độ 1, độ 2).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên PHCN, người được đào tạo chuyên khoa.

4.2. Phương tiện

Giường tập, dây đu, thang dây, khung cố định vào tường, vòng nắm treo trên đầu giường,...

4.3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích rõ mục đích của bài tập.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa: Người thực hiện kỹ thuật ghi rõ trong hồ sơ bệnh án thời gian thực hiện trên người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ

Lựa chọn bài tập và kỹ thuật phù hợp với tình trạng khiếm khuyết của người bệnh để có thể đạt được mục đích tốt nhất.

5.2. Bước 2. Kiểm tra và chuẩn bị người bệnh

- Giải thích mục đích bài tập và quy trình tập cho người bệnh hiểu để họ hợp tác tốt, tạo sự tin tưởng và làm người bệnh thư giãn.

- Kiểm tra tình trạng sức khỏe tổng quát, huyết áp của người bệnh để chắc chắn người bệnh không chóng mặt hay tụt huyết áp khi ngồi dậy

- Dùng các kỹ thuật thư giãn trước khi tập ngồi dậy nếu người bệnh có cứng cơ ở các chi hay thân mình.

5.3. Bước 3. Thực hiện bài tập

- Ngồi dậy từ vị thế nằm nghiêng một bên (thường dùng cho người bệnh liệt bán thân): Người bệnh nằm nghiêng một bên sát mép giường, tay trên dọc trên thân, người điều trị giúp người bệnh đưa hai chân ra khỏi mép, hướng dẫn người bệnh nâng đầu, vai lên, chống tay dưới đầu nâng thân mình lên để ngồi dậy.

- Tự ngồi dậy từ vị thế nằm ngửa (thường dùng cho người bệnh liệt hai chi dưới hay người bệnh nằm lâu trên giường): Nằm ngửa, hai tay dọc thân mình, nâng đầu dậy hoặc nâng hai vai bằng cách tỳ trên hai khuỷu tay, chịu sức nặng trên bàn tay, duỗi cánh tay và cẳng tay. Từ từ nâng thân mình luân phiên hay đồng thời lùi hai bàn tay về phía sau để ngồi dậy hoàn toàn, sau đó đưa hai tay về phía trước đặt lên đùi để giữ vững vị thế ngồi

- Ngồi dậy từ vị thế nằm ngửa có trợ giúp (thường dùng cho người bệnh liệt hai chi dưới): Nắm tay một người ngồi cuối giường để ngồi dậy, nắm thang dây hay bám vào thanh song song hai bên giường để ngồi dậy.

- Ngồi dậy một bên từ vị thế nằm sấp (dùng cho trẻ em chậm phát triển vận động, trẻ bại não): Nằm sấp, nâng đầu dậy bằng cách duỗi cổ, đặt một hoặc hai bàn tay trên nệm hoặc sàn nhà ngay phía dưới khớp vai, chống tay duỗi khủy để đẩy thân đồng thời xoay thân, đẩy người vào vị thế ngồi một bên. Nếu dùng một tay để đẩy, người bệnh xoay và ngồi về phía tay đó.

6. THEO DÕI

- Theo dõi người bệnh về chỉ số mạch an toàn, huyết áp trước và sau khi tập để đảm bảo an toàn cho người bệnh nhất là những người bệnh nằm lâu tại giường trước đó.

- Nếu người bệnh mệt nhiều giảm cường độ tập.

- Nếu người bệnh có thể tự ngồi dậy từ vị thế nằm vững và an toàn, đúng mẫu, có thể chuyển sang giai đoạn tập ngồi thẳng bằng tĩnh và động.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Tụt huyết áp tư thế, chóng mặt. Cách dự phòng có thể nâng đầu giường từ từ tăng dần để tránh hạ huyết áp tư thế đối với người bệnh nằm lâu tại giường trước khi tập cho người bệnh ngồi dậy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 105)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP NGỒI THĂNG BẰNG TĨNH VÀ ĐỘNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Thăng bằng và tư thế có liên quan đến nhau. Tùy thuộc vào chân đế, vị thế của trọng lực, đường trọng lực mà cơ thể có thể thăng bằng trong cân bằng hay không.

- Thăng bằng là nền tảng của tất cả các tư thế tĩnh hay động và thăng bằng phải được xem xét khi hoạch định bất cứ một bài tập hay một chương trình phục hồi chức năng nào cho người bệnh.

1.2. Các loại thăng bằng

1.2.1. Thăng bằng tĩnh

Thăng bằng tĩnh là hiện tượng cố định vững một phần của chi thể trên các phần khác và dựa trên sự co cơ đẳng trường hay đồng cơ cơ.

1.2.2. Thăng bằng động

Thăng bằng động là phản ứng của cơ thể để duy trì sự cân bằng của nó trong các tư thế trước tác động của các lực làm mất thăng bằng của cơ thể.

2. CHỈ ĐỊNH

- Liệt nửa người do tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não, u não, viêm não,...

- Liệt hai chân do tổn thương tủy sống do tai nạn giao thông, viêm tủy cắt ngang, đa u tủy, thoát vị đĩa đệm, hẹp ống tủy,...

- Bệnh lý thần kinh như Parkinson, viêm đa dây đa rễ thần kinh, đa xơ cứng, xơ cứng cột bên teo cơ,...

- Bại não, chậm phát triển vận động tinh thần.

- Yếu cơ sau chấn thương chi dưới, sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới,...

- Sau phẫu thuật thay khớp toàn phần hay bán phần các khớp háng, gối,...

- Đoạn chi, lắp chân giả các loại.

3. 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.

4. CHUẨN BỊ THỰC HIỆN

4.1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên vật lý trị liệu, người được đào tạo chuyên khoa.

4.2. Phương tiện

- Giường tập, ghế tập.

- Ván thăng bằng với nhiều kích thước và hình dạng khác nhau từ cầu thăng bằng đến ván trượt bằng gỗ có chiều dài 200cm và rộng 61cm với hai hãm ở hai đầu hay các đĩa thăng bằng.

- Các trục tròn, các ống tròn dài.

- Những trái bóng thổi phồng với những kích thước khác nhau.

4.3. Người bệnh

Kiểm tra huyết áp, chỉ số mạch an toàn, tình trạng sức khỏe tổng quát đối với những người bệnh nằm lâu tại giường.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa

- Người thực hiện kỹ thuật ghi rõ trong hồ sơ bệnh án thời gian thực hiện, các kỹ thuật sẽ thực hiện trên người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ

Lựa chọn bài tập và kỹ thuật phù hợp với tình trạng khiếm khuyết của người bệnh để có thể đạt được mục đích tốt nhất.

5.2. Bước 2. Kiểm tra và chuẩn bị người bệnh

- Giải thích mục đích bài tập và quy trình tập cho người bệnh hiểu để họ hợp tác tốt, tạo sự tin tưởng và làm người bệnh thư giãn.

- Đặt người bệnh trong tư thế thoải mái, vững chắc và ổn định để cho phép người bệnh thực hiện được bài tập tốt nhất khi thực hiện quy trình.

- Dùng các kỹ thuật thư giãn trước khi tập ngồi thăng bằng tĩnh và động nếu người bệnh co cơ cứng cơ ở các chi hay thân mình.

5.3. Bước 3. Thực hiện bài tập

5.3.1. Bài tập ngồi thăng bằng tĩnh

- Người bệnh ngồi, hai bàn chân được nâng đỡ bằng bục gỗ hay đặt trên sàn nhà. Gập gối 90° , hai bàn chân gập mặt lưng hơn 90° , cổ chân ở phía sau khớp gối theo mặt phẳng đứng. Thân người thẳng, đầu thăng bằng trên hai vai, hai tay bên người hoặc kê nâng đỡ bên tay liệt nếu bn liệt bán thân.

- Yêu cầu người bệnh thay đổi tư thế đầu cổ bằng cách nhìn lên trần nhà, nhìn sang hai bên, nhìn qua vai ra sau trong khi vẫn giữ ổn định tư thế ngồi.

- Yêu cầu người bệnh chuyển trọng lượng từ hông này sang hông kia trong vị thế ngồi.

5.3.2. Bài tập ngồi thăng bằng động

- Người bệnh ngồi trong tư thế như tập thăng bằng ngồi tĩnh, yêu cầu người bệnh với một tay hoặc cả hai tay lên trên, sang hai bên, ra phía trước hay cúi xuống nhấc vật dưới đất, ném bóng, bắt bóng. Thay đổi khoảng cách và chiều cao của hoạt

động tùy theo tình trạng của người bệnh. Yêu cầu người bệnh dịch chuyên mông để ra trước, ra sau trên ghế có thể sử dụng hai tay trợ giúp.

- Người bệnh ngồi, bàn chân không được nâng đỡ:

+ Người điều trị đứng phía sau hay phía trước người bệnh, nắm lấy khung chậu. Di chuyển trọng lượng ra sau, người bệnh phản ứng bằng cách duỗi khớp gối.

+ Người điều trị đứng đối mặt với người bệnh, nắm lấy khung chậu. Di chuyển trọng lượng về trước, người bệnh phản ứng bằng gập gối nhiều hơn.

+ Di chuyển trọng lượng sang bên, người bệnh di chuyển một chân hay một tay.

+ Một khi phản ứng thăng bằng của người bệnh được tạo thuận thì nhiều cử động chi thể sẽ được thực hiện. Những cử động này liên quan đến mức độ cố gắng người bệnh để duy trì thăng bằng.

+ Nếu phản ứng thăng bằng thất bại thì phản ứng duỗi bảo vệ của cánh tay là một trong những phản ứng quan trọng nhất cần được tập để người bệnh chống đỡ khi mất thăng bằng. Đặt người bệnh trong tư thế ngồi, người điều trị giữ ở cánh tay không bị liệt, di chuyển trọng lượng của người bệnh sang bên về phía liệt.

+ Người điều trị giữ ở cánh tay liệt hoặc bằng một bàn tay giữ cho cổ tay các ngón tay của người bệnh duỗi, ngón cái dang, tay kia kiểm soát khớp khuỷu. Di chuyển trọng lượng lên cánh tay liệt của người bệnh. Người điều trị sau đó sử dụng kỹ thuật kéo đẩy trên trục dài của chi để tạo thuận cho phản xạ duỗi bảo vệ.

- Người bệnh ngồi trên bàn bập bênh, trên bóng tròn, trục lăn,... để thực hiện các bài tập thay đổi tư thế tay, đầu ở các hướng trong không gian.

5.3.3. Thăng bằng đứng trên hai chân

- Người bệnh đứng thẳng trên nệm hay trên sàn nhà, khớp háng và gối hai bên duỗi, hai bàn chân cách nhau khoảng 8-10cm, góc bàn chân xoay ngoài khoảng 6° . Đầu thẳng bằng trên hai vai, hai tay thả lỏng bên thân. Yêu cầu người bệnh lần lượt nhìn lên trần nhà, nhìn sang hai bên nhìn ra sau, chuyển trọng lượng từ chân này sang chân kia, trong khi vẫn giữ ổn định tư thế đứng.

- Người bệnh đứng trên nệm hay trên sàn nhà:

+ Người điều trị đứng phía sau người bệnh, giữ người bệnh ở khung chậu hay khớp vai (người bệnh cảm thấy an toàn hơn khi được giữ ở khung chậu). Di chuyển trọng lượng ra sau làm gập mặt lưng bàn chân. Nếu di chuyển nhiều hơn sẽ làm người bệnh bước một bước ra sau, để không cho người bệnh bước ra sau người điều trị đặt một bàn chân của mình ngay sau gót chân của người bệnh, khi đó người bệnh gập hông và lưng về phía trước, cánh tay nâng cao về phía trước một cách đồng thời.

+ Người điều trị đứng trước mặt người bệnh, giữ người bệnh ở khung chậu. Di chuyển trọng lượng ra trước làm người bệnh đứng trên các ngón chân.

Di chuyển trọng lượng xa hơn về phía trước sẽ làm người bệnh bước lên một bước.

+ Người điều trị đứng phía sau hay trước người bệnh. Di chuyển trọng lượng sang bên lên một chân, người bệnh dang chân bên không chịu sức nặng và chéo qua trước chân chịu sức nặng.

Nếu trọng lượng sau đó được chuyển sang hướng ngược lại thì chân sẽ quay trở lại vị thế khởi đầu. Sự di chuyển trọng lượng thay đổi nhau này có thể làm nhệch nhàng để tạo nên sự di chuyển chân lặp đi lặp lại.

- Người bệnh đứng trên bàn nghiêng, tập chuyển trọng lượng sang hai bên trong khi đứng.

5.3.4. Thăng bằng đứng trên một chân

- Người bệnh đứng trên một chân, tập bước chân kia lên trước và ra sau.

- Người bệnh giữ một chân trên bục thấp, tập chuyển trọng lượng trên chân đó bằng cách bước chân kia lên xuống

- Người bệnh đứng trên một chân. Người điều trị nắm chân kia nâng lên đặt bàn chân người bệnh trên một tay, tay còn lại nắm lấy mặt sau của chân đó ngay dưới khớp gối, để gối người bệnh hơi gập. Người điều trị cử động nhẹ chân được nâng tạo nên phản ứng thăng bằng trên chân trụ để duy trì đứng yên không động đậy. Người điều trị di chuyển nhiều hơn chân được nâng để người bệnh di chuyển theo cử động trực gót chân-ngón chân, hoặc là nhảy lò cò.

6. THEO DÕI

- Kiểm tra tình trạng huyết áp, chỉ số mạch an toàn đối với những người bệnh nằm lâu trước đó. Nếu người bệnh chóng mặt, mệt thì nên ngừng tập và để người bệnh nằm nghỉ.

- Khi người bệnh đã có thể ngồi vững, thăng bằng động khi ngồi tốt, có thể chuyển tiếp lên giai đoạn tập đứng dậy từ vị thế ngồi cho người bệnh.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Người bệnh có thể bị ngã khi cử động để tập thăng bằng động. Người điều trị cần đứng gần người bệnh ở phía trước hay bên liệt để hỗ trợ người bệnh kịp thời khi cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 107)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP THAY ĐỔI TƯ THẾ TỪ NGỒI SANG ĐỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay đổi tư thế từ ngồi sang đứng là các vận động cần thiết chuẩn bị cho tập đứng và đi mà người bệnh cần tự thực hiện hay thực hiện có trợ giúp bằng dụng cụ hay bằng trợ giúp của người điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH

- Liệt nửa người do tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não, u não,...
- Liệt hai chân do tổn thương tủy sống do tai nạn giao thông, viêm tủy cắt ngang, đa u tủy, thoát vị đĩa đệm, hẹp ống tủy,...
- Bệnh lý thần kinh như Parkinson, viêm đa dây đa rễ thần kinh, đa xơ cứng, xơ cứng cột bên teo cơ,...
- Bại não, chậm phát triển vận động tinh thần .
- Yếu cơ sau chấn thương chi dưới, sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới,...
- Sau phẫu thuật thay khớp toàn phần hay bán phần các khớp háng, gối,...
- Đoạn chi, lắp chân giả các loại.

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên vật lý trị liệu, người được đào tạo chuyên khoa.

4.2. Phương tiện

Giường tập, ghế tập, bục gỗ, dụng cụ trợ giúp: khung đi, thanh song song,...

4.3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích rõ mục đích của bài tập.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa: Người thực hiện kỹ thuật ghi rõ trong hồ sơ bệnh án thời gian thực hiện trên người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ

Lựa chọn bài tập và kỹ thuật phù hợp với tình trạng khiếm khuyết của người bệnh để có thể đạt được mục đích tốt nhất.

5.2. Bước 2. Kiểm tra và chuẩn bị người bệnh

- Giải thích mục đích bài tập và quy trình tập cho người bệnh hiểu để họ hợp tác tốt, tạo sự tin tưởng và làm người bệnh thư giãn.

- Kiểm tra tình trạng sức khỏe tổng quát, huyết áp của người bệnh để chắc chắn người bệnh không chóng mặt hay tụt huyết áp khi đứng dậy nhất là những người bệnh nằm dài ngày trên giường.

- Dùng các kỹ thuật thư giãn trước khi tập đứng dậy nếu người bệnh co cứng cơ ở các chi hay thân mình.

5.3. Bước 3. Thực hiện bài tập

- Tư thế người bệnh: Người bệnh ngồi trên giường hoặc trên ghế, hai bàn chân đặt sát trên sàn nhà, ngang nhau và ở sau hai gối một chút.

- Người điều trị đứng phía trước người bệnh, trợ giúp bằng cách dùng hai tay đỡ hai tay người bệnh, hai bàn tay người điều trị đặt trên hai vai người bệnh, kéo người bệnh cúi về phía trước cho đến khi đầu ở phía trước hai gối, lưng duỗi thẳng, chuyển trọng lượng từ mông sang hai chân và đứng dậy. Khi người bệnh đã đứng dậy, yêu cầu người bệnh giữ háng và gối duỗi thẳng.

- Người điều trị ngồi một bên của người bệnh, dùng một tay giúp người bệnh đưa hai tay về phía trước, một tay giữ gối bên liệt ấn xuống về phía sàn nhà, yêu cầu người bệnh cúi người về trước, hai vai ra trước hai gối, lưng duỗi, cổ duỗi, chuyển trọng lượng từ mông sang hai chân và đứng dậy.

- Đứng dậy trong thanh song song/sử dụng khung đi: người bệnh ngồi trên ghế, hai tay nắm lấy thanh song song hai bên (nắm lấy khung đi), kéo người về phía trước, chuyển trọng lượng mông sang chân, duỗi háng gối hai bên để đứng thẳng dậy.

- Tập đứng dậy trong thanh song song với hai nẹp chân khóa gối trong trường hợp liệt hai chi dưới có mang nẹp: Đưa xe lăn vào thanh song song, khóa gối hai nẹp, khóa xe lăn, hai chân người bệnh duỗi thẳng về phía trước, hai gót chân tiếp xúc với nền nhà. Gập thân mình về trước, nắm hai tay trên hai thanh song song, kéo hai cánh tay và nâng thân mình lên, đưa hông về phía trước. Người điều trị đứng phía trước người bệnh giữ hai chân không cho người bệnh trượt. Có thể dùng một đai ngang thắt lưng để kéo hỗ trợ người bệnh đứng dậy.

6. THEO DÕI

- Theo dõi huyết áp, chỉ số mạch đối với những người bệnh nằm lâu trước đó. Nếu người bệnh chóng mặt, mệt thì nên ngừng tập và để người bệnh nằm nghỉ.

- Khi người bệnh có thể chuyển vị thế từ ngồi sang đứng an toàn, đứng mẫu, có thể chuyển sang giai đoạn tập thăng bằng đứng tĩnh và động.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Ngã khi cố gắng chuyển trọng lượng từ mông sang chân để đứng dậy: Người điều trị cần đứng gần người bệnh ở phía trước hay bên liệt để hỗ trợ kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 111)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP DÁNG ĐI

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Đi (với nhiều hình thức khác nhau của nó: đi bộ, chạy, lên xuống cầu thang,...) là một hoạt động điều hợp khéo léo và thăng bằng mà chúng ta đạt được trong quá trình phát triển từ nhỏ và có thể tập luyện để cải thiện.

1.2. Chu kỳ đi

Một chu kỳ đi hoàn chỉnh bao gồm các giai đoạn sau:

- Thì chạm gót (chiếm 0-15% chu kỳ đi): Sức nặng cơ thể được truyền qua chân trước, bàn chân hạ xuống mặt đất bằng chạm gót.

- Giữa thì chống (từ 15%-30% chu kỳ đi): Trọng lượng cơ thể đặt trên bàn chân, thân mình và chân tiến về phía trước trên bàn chân đứng yên.

- Thì đẩy (từ 30-45% chu kỳ đi): Gót chân của chân chịu sức nặng rời khỏi mặt đất, thân mình đẩy về phía trước bởi tác động của cơ gấp lòng bàn chân.

- Cuối thì chống: (từ 45-60% chu kỳ đi): Khối lượng cơ thể được chuyển hoàn toàn sang chân đối bên để ngón chân nhấc lên khỏi sàn nhà

- Thì đu đưa (chiếm 40% cuối cùng của chu kỳ đi): Bắt đầu từ giai đoạn gia tốc đến giữa thì đu đưa khi chân đu băng qua chân chống bên kia và cuối cùng là giai đoạn giảm tốc.

- Cuối giai đoạn chống của chân này và đầu giai đoạn chống của chân kia có một thời gian cơ thể chịu sức nặng trên hai chân gọi là giai đoạn chống kép, giai đoạn này càng ngắn khi tốc độ đi càng nhanh và không còn nữa khi chạy.

1.3. Các nhóm cơ tham gia vào hoạt động đi

- Cơ đẩy là cơ gấp ngón chân, cơ gấp mặt lòng bàn chân, cơ duỗi gối và háng.

- Các cơ đu đưa là các cơ duỗi của ngón chân, cơ gấp mặt lưng bàn chân, cơ gấp và duỗi gối, và cơ gấp háng.

- Các cơ dạng, xoay trong, xoay ngoài khớp háng, gấp bên và xoay thân cũng hoạt động trong giai đoạn chuyển trọng lượng và cử động chậu. Nếu không có cử động thăng bằng của chậu trong cả hai cử động kéo và xoay khớp háng, không thể có dáng đi đứng được.

- Các cơ xoay của thân trên và đầu cũng hoạt động, do vậy mặt và phần thân trên duy trì hướng về phía trước. Tầm độ hoạt động của mỗi nhóm cơ này tùy thuộc trên độ dài và chiều cao của bước chân.

- Cần phải duy trì sức mạnh của những nhóm cơ liên quan. Những nhóm cơ phụ của thân cũng phải được tập mạnh và cũng không được quên sự đu đưa bình thường của cánh tay khi đi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Liệt nửa người do tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não, u não,...
- Liệt hai chân do tổn thương tủy sống do tai nạn giao thông, viêm tủy cắt ngang, đa u tủy, thoát vị đĩa đệm, hẹp ống tủy,...
- Bệnh lý thần kinh như Parkinson, viêm đa dây đa rễ thần kinh, đa xơ cứng, xơ cứng cột bên teo cơ,...
- Bại não, chậm phát triển vận động tinh thần .
- Yếu cơ sau chấn thương chi dưới, sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới,...
- Sau phẫu thuật thay khớp toàn phần hay bán phần các khớp háng, gối,...
- Đoạn chi, lắp chân giả các loại.

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên vật lý trị liệu, người được đào tạo chuyên khoa.

4.2. Phương tiện

- Bàn tập, ghế ngồi, thanh song song, bậc thang lên xuống.
- Một số dụng cụ trợ giúp đi nếu cần như gậy, nạng, đai nâng đỡ gối, cổ chân,...

4.3. Người bệnh

- Xác định xem yếu tố nào hoặc khớp nào làm hạn chế hoặc là nguyên nhân làm giảm khả năng đi để chọn bài tập thích hợp.

- Đánh giá khả năng thăng bằng người bệnh khi thay đổi từ thế từ ngồi sang đứng, khi đứng, khi đi để đảm bảo an toàn cho người bệnh trong quá trình tập đi.

- Đánh giá sức mạnh cơ hai chân, cơ thân mình và khả năng kiểm soát đầu cổ trong vị thế ngồi, đứng (nếu là trẻ em).

4.4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa

- Người thực hiện kỹ thuật ghi rõ trong hồ sơ bệnh án thời gian thực hiện, các bài tập sẽ thực hiện trên người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ, lựa chọn kỹ thuật

Lựa chọn bài tập phù hợp với tình trạng khiếm khuyết của người bệnh.

5.2. Bước 2. Kiểm tra và chuẩn bị người bệnh

Giải thích mục đích bài tập và quy trình tập cho người bệnh hiểu để họ hợp tác tốt, tạo sự tin tưởng và làm người bệnh thư giãn

5.3. Bước 3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Những bài tập duy trì hay gia tăng lực cơ trên giường

Tất cả các bài tập này nên có đề kháng bằng lò xo hay tạ khi có thể và không chống chỉ định, nên được tập trong suốt thời gian nằm viện.

- Đối với tay: Gập các ngón, đối ngón cái, duỗi cổ tay, duỗi khuỷu, duỗi vai, xoay trong vai, hạ vai.

- Đối với thân: Xoay, duỗi, gập thân, gập bên chậu và kéo khớp háng.

- Đối với chân: Gập và duỗi các ngón và bàn chân, gập và duỗi gối, gập và duỗi háng, dang và khép háng, xoay trong và xoay ngoài khớp háng.

5.3.2. Những bài tập tăng tiến

Nếu người bệnh nằm lâu, khi chuẩn bị tập đi cần:

- Cần thời gian để thích nghi với tư thế thẳng đứng.

- Cần được hướng dẫn cơ cơ thành bụng, thở sâu để đảm bảo tuần hoàn tĩnh mạch sâu và cung cấp máu đầy đủ cho não trước khi ngồi thẳng dậy.

- Cần tập bài tập thẳng bằng trong tư thế nửa nằm, ngồi trên giường, ngồi trên ghế cao, ngồi trên xe lăn với chân đặt trên sàn nhà hay trên dụng cụ nâng đỡ nếu người bệnh được dự đoán có phản ứng thẳng bằng kém.

- Bàn nghiêng quay rất có giá trị cho những người bệnh cần được hướng dẫn lại cách chịu sức nặng sau chấn thương chi dưới. Bàn nghiêng quay được nghiêng dần từ vị thế nằm ngang sang vị thế đứng thẳng sao cho người bệnh có thể gia tăng dần chịu sức nặng trên phần bị thương.

5.3.3. Các bài tập luyện dáng đi

- Bài tập với chân phải lên trước, chân trái chống chịu sức nặng:

+ Bài tập thì chạm gót (chân phải): Tập đầu và thân thẳng, tay thả lỏng giữa thân mình. Khung chậu xoay về phía trước một ít, gối phải duỗi, bàn chân phải gập mặt lưng và thẳng góc với cẳng chân.

+ Bài tập giữa thì chống (chân phải): Tập đầu và thân thẳng đứng, hai tay gần đường giữa thân, khuỷu hơi gập. Khung chậu nghiêng bên trái một ít, chân phải xoay ngoài nhẹ khớp háng.

+ Bài tập thì đẩy tới (chân phải): Tay phải ở trước đường giữa thân với khuỷu gập nhẹ, tay trái ở sau với khuỷu duỗi. Khung chậu xoay trước, gối phải gập nhẹ, cổ chân phải gập mặt lòng, các ngón chân phải duỗi quá ở bàn đót.

+ Bài tập giữa thì đu (chân phải): Khung chậu xoay trước ít, hai tay giữa thân mình. Hông và gối phải gập, bàn chân thẳng góc với cẳng chân và hơi nghiêng ngoài.

+ Bài tập thì chống kép: Chân phải đặt trước, chân trái ở sau, khoảng cách hai bàn chân (từ điểm chạm gót chân này đến điểm chạm gót chân kia) khoảng 75-78cm, tập di chuyển trọng lượng từ chân phải sang chân trái và ngược lại.

- Lặp lại như trên với chân trái lên trước, chân phải chống chịu sức nặng.

6. THEO DÕI

- Người bệnh cảm thấy thoải mái, vững vàng khi di chuyển trọng lượng cơ thể, không có các cử động thay thế như nâng chậu thay thế gập hông, quét vòng chân thay thế gập gối trong thì đu đưa hay duỗi quá gối (khóa gối) trong thì chống, nâng hông một bên thay thế mất gập mặt lưng bàn chân ở cuối thì chống.

- Khi người bệnh đã có thực hiện dáng đi tốt với các thì chống và đu đưa hợp lý, đúng mẫu, chuyển tiếp sang giai đoạn tập đi với hai tay cử động phối hợp bên thân và tập tăng dần tốc độ đi cho tới khi đạt được tốc độ đi bình thường.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Người bệnh có thể té ngã nếu người bệnh không đủ thăng bằng khi đứng hoặc khi đi.

- Xử trí: Trong trường hợp này cho người bệnh tập dáng đi trong thanh song song trước khi tập ngoài thanh song song. Người điều trị luôn đứng một bên hoặc phía trước người bệnh để có thể trợ giúp kịp thời khi cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 118)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP ĐI TRONG VỚI THANH SONG SONG

1. ĐẠI CƯƠNG

Tập đi trong thanh song song thường được sử dụng trong giai đoạn đầu của quá trình tập đi cho người bệnh sau khi người bệnh đã tự đứng được, thăng bằng đứng tương đối tốt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Liệt nửa người do tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não, u não, viêm não,...
- Liệt hai chân do tổn thương tủy sống do tai nạn giao thông, viêm tủy cắt ngang, đa u tủy, thoát vị đĩa đệm, hẹp ống tủy,...
- Bệnh lý thần kinh như Parkinson, viêm đa dây đa rễ thần kinh, đa xơ cứng, xơ cứng cột bên teo cơ,...
- Bại não, chậm phát triển vận động tinh thần .
- Yếu cơ sau chấn thương chi dưới, sau phẫu thuật kết hợp xương chi dưới,...
- Sau phẫu thuật thay khớp toàn phần hay bán phần các khớp háng, gối,...
- Đoạn chi, lắp chân giả các loại.

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu, người được đào tạo chuyên khoa.

4.2. Phương tiện

- Bàn tập, ghế ngồi, thanh song song, bậc thang lên xuống.
- Một số dụng cụ trợ giúp đi nếu cần như gậy, nạng, đai nâng đỡ gối, cổ chân...

4.3. Người bệnh

- Xác định xem yếu tố nào hoặc khớp nào làm hạn chế hoặc là nguyên nhân làm giảm khả năng đi để chọn bài tập thích hợp.
- Đánh giá khả năng thăng bằng người bệnh khi thay đổi từ thế từ ngồi sang đứng, khi đứng, khi đi để đảm bảo an toàn cho người bệnh trong quá trình tập đi.
- Đánh giá sức mạnh cơ hai chân, cơ thân mình và khả năng kiểm soát đầu cổ trong vị thế ngồi, đứng (nếu là trẻ em).

4.4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa: Người thực hiện kỹ thuật ghi rõ trong hồ sơ bệnh án thời gian thực hiện, các bài tập sẽ thực hiện trên người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ, lựa chọn kỹ thuật

Lựa chọn bài tập phù hợp với tình trạng khiếm khuyết của người bệnh.

5.2. Kiểm tra và chuẩn bị người bệnh

Giải thích mục đích bài tập và quy trình tập cho người bệnh hiểu để họ hợp tác tốt, tạo sự tin tưởng và làm người bệnh thư giãn.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Tập đứng dậy

- Tốt nhất cho người bệnh tập luyện ở thanh song song có bước chân. Xe lăn được đặt giữa hai thanh song song, khoá lại và người bệnh di chuyển tới phía trước của xe, nâng chỗ đặt bàn chân của xe lên, hai tay người bệnh đặt trên hai bên thanh song song và kéo người đứng dậy (nếu người bệnh có thể làm như vậy).

- Với người bệnh có thể chịu sức nặng trên cả hai chân mà không có chống chỉ định, có thể tập đứng dậy bằng hai phương pháp mà sự chọn lựa tùy thuộc vào:

+ Chiều cao của người bệnh và người điều trị.

+ Sự vạm vỡ của người bệnh.

+ Chiều dài của cánh tay người điều trị.

+ Khả năng thăng bằng của người bệnh.

- Phương pháp 1: Người điều trị đứng ở một bên, giữ bàn chân của người bệnh bằng bàn chân trước của mình, trợ giúp khớp gối của chân người bệnh bằng khớp gối chân trước của mình, trợ giúp bằng một tay đặt ép vào xương cùi người bệnh, tay kia đặt lòng bàn tay ở dưới nách bên kia của người bệnh, ngón cái vòng ra trước và nâng người bệnh đứng dậy cùng lúc với sự cố gắng của người bệnh.

- Phương pháp 2: Người điều trị đứng phía trước người bệnh, trợ giúp bằng cách ép trợ giúp hai lòng bàn tay hai bên nách người bệnh, trong khi giữ bàn chân và gối của người bệnh ổn định, nâng người bệnh đứng dậy. Cũng có thể kéo người bệnh bằng một đai thắt lưng hay dưới mông, đưa người bệnh sang tư thế đứng.

5.3.2. Tập thăng bằng trong thanh song song

- Người bệnh được luyện tập thăng bằng bằng sử dụng kỹ thuật ổn định nhịp nhàng với một lực ép trên khớp vai hoặc trên chậu hoặc trên cả hai. Khuyến khích người bệnh thực hiện gập và duỗi của chân đứng trong tầm độ nhỏ, di chuyển tay ra trước và sau trên thanh song song.

- Nếu người bệnh có thể chịu trọng lượng trên cả hai chân, tập di chuyển trọng lượng sang hai bên trong vị thế đứng dang chân sang hai bên trước, sau đó di chuyển trọng lượng trước sau trong vị thế đứng chân trước chân sau.

- Lực ép của người điều trị trên chậu bên hướng người bệnh đưa qua sẽ khuyến khích người bệnh đẩy chậu về hướng trên chân để do vậy có thể chuyển trọng lượng sang chân đế. Người bệnh cần có thời gian nghỉ theo yêu cầu.

5.3.3. Tập đi trong thanh song song

- Người bệnh được tập đi trong thanh song song tăng tiến khởi đầu với dáng đi đu tới bằng cách di chuyển hai bàn tay về phía trước, nhún thân mình đặt hai chân tới cùng mức với đoạn tiến của tay.

- Tập dáng đi đu qua bằng di chuyển hai bàn tay về phía trước, nhún thân mình đặt hai chân tới quá mức với đoạn tiến của tay (xa hơn tay).

- Tập dáng đi bốn điểm: đưa tay phải lên trước, tiếp đến chân trái lên, tiếp đến tay trái và cuối cùng là chân phải lên.

- Tập đi hai điểm: tay phải và chân trái đồng thời đưa lên phía trước, sau đó tay trái và chân phải tiến lên đồng thời.

- Người bệnh cũng có thể sử dụng một thanh song song và một nạng, sau đó cả hai nạng nếu thanh song song đủ rộng. Người điều trị cần đi cạnh người bệnh.

- Khoảng cách đi nên được xem xét và để người bệnh được nghỉ thường xuyên nếu người bệnh sợ hãi hay yếu. Khi người bệnh mạnh hơn, thực hiện tốt hơn thì nên tăng dần khoảng cách đi và giảm dần thời gian, số lần nghỉ.

- Khi thanh song song quá dài thì cần đưa xe lăn hay ghế vào giúp người bệnh ở bất cứ khoảng nào trong thanh song song để người bệnh nghỉ khi có nhu cầu.

5.3.4. Tập xoay người trong thanh song song

Bàn chân được đặt qua một bên với góc 45^0 , cánh tay gần cùng bên di chuyển trên thanh mà người bệnh xoay người đối mặt với nó, một loạt bước chân bước qua được thực hiện tiếp để xoay tới 90^0 và di chuyển cánh tay phía sau người bệnh theo hướng xoay, một lần bước nữa sẽ hoàn chỉnh sự xoay người.

6. THEO DÕI

- Người bệnh thấy thoải mái và vững vàng trong thanh song song. Cần kiểm soát dáng đi của người bệnh tốt để đảm bảo không có những cử động hay thế.

- Có thể sử dụng hai tay trợ giúp khi di chuyển trong thanh song song để đảm bảo thăng bằng và an toàn cho người bệnh.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Nếu người bệnh chưa thăng bằng đứng tĩnh và động tốt, người bệnh có thể bị ngã. Hướng dẫn người bệnh di chuyển tay trên thanh song song để trợ giúp thăng bằng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 122)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP ĐI VỚI KHUNG TẬP ĐI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khung tập đi là một loại dụng cụ trợ giúp di chuyển cần thiết để giúp người gặp khó khăn trong di chuyển đi lại.

- Có nhiều loại khung tập đi khác nhau: có bánh xe, không có bánh xe,...

2. 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,...

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Phục hồi chức năng, kỹ thuật viên Vật lý trị liệu, người được đào tạo chuyên khoa.

4.2. Phương tiện

Khung tập đi

- Kích thước của khung tập đi phải phù hợp với từng người bệnh vì vậy cần đo trước khi tập luyện.

- 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

4.3. Người bệnh

4.4. 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.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 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.

6. THEO DÕI

Theo dõi tình trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh trong và sau khi làm kỹ thuật.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Trong khi tập với khung tập đi người bệnh có thể bị ngã hoặc dụng cụ bị gãy.

- Xử trí: kiểm tra kỹ dụng cụ trước khi tập, phải luôn có một người đi cạnh để trợ giúp người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 126)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP ĐI VỚI GẬY

1. ĐẠI CƯƠNG

Gậy là một loại dụng cụ trợ giúp di chuyển cần thiết để giúp người gặp khó khăn trong di chuyển, đi lại. Các loại gậy: gậy 01 chân đế và gậy nhiều chân đế.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh liệt nửa người, người lớn tuổi.
- Người bệnh tập sử dụng chân giả, nẹp chỉnh hình.
- Trẻ bại não.
- Một số bệnh lý chi dưới khác (thoái hóa khớp gối,...).

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Phục hồi chức năng
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Gậy 01 chân đế hoặc nhiều chân đế.
- Chiều cao của gậy: ngang gai chậu trước trên của người bệnh.

4.3. Người bệnh

4.4. 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.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Cầm gậy đối bên

- Người bệnh cầm gậy ở tay đối bên với chân yếu.
- Đầu tiên đưa gậy về phía trước, ra phía ngoài khoảng 5-10 cm, kế đến bước chân yếu lên ngang hoặc bằng gậy.
- Chân mạnh bước lên bằng gậy.

5.2. Cầm gậy cùng bên

- Người bệnh cầm gậy cùng bên với chân yếu.

- Di chuyển gậy cùng lúc với chân yếu.

5.3. Cách lên xuống cầu thang bằng gậy

- 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.

5.4. Thời gian

10-20 phút.

6. THEO DÕI

Theo dõi tình trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh trong và sau khi làm kỹ thuật.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Trong khi tập với gậy, người bệnh có thể bị ngã hoặc dụng cụ bị gãy.

- Xử trí: kiểm tra kỹ dụng cụ trước khi tập, phải luôn có một người đi cạnh để trợ giúp người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 85).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP ĐI VỚI NẠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Nạng là một loại dụng cụ trợ giúp di chuyển cần thiết để giúp người gặp khó khăn trong di chuyển, đi lại.

- Có hai loại chính: nạng nách và nạng khuỷu.

2. 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,...

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Phục hồi chức năng, kỹ thuật viên Vật lý trị liệu, người được đào tạo chuyên khoa.

4.2. Phương tiện

- Nạng nách hoặc nạng khuỷu.

- Kích thước của dụng cụ này phải phù hợp với từng người bệnh vì vậy cần đo trước khi tập luyện.

+ 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.

4.3. Người bệnh

4.4. 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.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Cách đi ba điểm

Đầu tiên 2 nạng được di chuyển trước → Chân bị bệnh (yếu hơn) đưa ra trước → Chân bình thường (chân bình thường được đặt ở phía trước nạng).

5.2. 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.

5.3. 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.

5.4. Cách đi kiểu đu đưa

- Kiểu này dùng cho 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 tựa của nạng để giữ thăng bằng.

5.5. 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.

5.6. 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.

6. THEO DÕI

Theo dõi tình trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh trong và sau khi làm kỹ thuật.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Trong khi tập với nạng, người bệnh có thể bị ngã hoặc dụng cụ bị gãy.
- Xử trí: kiểm tra kỹ dụng cụ trước khi tập, phải luôn có một người đi cạnh để trợ giúp người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 128)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP LÊN XUỐNG CẦU THANG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tập lên xuống cầu thang là một bài tập chức năng quan trọng, giúp cải thiện và nâng cao chức năng đi lại của người bệnh.

- Tập lên xuống cầu thang có thể kết hợp với các dụng cụ trợ giúp (ví dụ: nạng, gậy,...).

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh liệt nửa người.

- Người bệnh yếu hai chân.

- Người bệnh khó khăn trong di chuyển như đau thần kinh tọa, đau một chân, gãy xương chi dưới.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thể trạng quá yếu, đứng chưa vững.

- Người bệnh có rối loạn tri giác nhận thức, không hiểu lệnh và không điều khiển được các cử động của cơ thể.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên vật lý trị liệu, hoặc người được đào tạo chuyên khoa.

4.2. Phương tiện

Ghế, nạng, cầu thang.

4.3. Người bệnh

- Người bệnh trang phục gọn gàng.

- Giải thích và hướng dẫn cách tập cho người bệnh.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Tập lên xuống cầu thang

Áp dụng cho người bệnh đau 01 chân, đau thần kinh tọa, khó di chuyển,...

Tư thế người bệnh ban đầu: ngồi trên ghế.

a) Lên cầu thang

- Kỹ thuật viên đứng phía sau người bệnh.

- Kỹ thuật viên hướng dẫn người bệnh chuyển từ ngồi sang đứng.

- Người bệnh bám tay vào thành cầu thang đồng thời bước chân lành lên trước, sau đó đến chân không đau bước lên cùng bậc.

- Người bệnh tiếp tục thực hiện lên các bậc tiếp theo.

b) Xuống cầu thang

- Kỹ thuật viên đứng phía trước người bệnh.
- Người bệnh bám tay lành vào thành cầu thang đồng thời bước chân đau xuống trước, sau đó đến chân lành bước xuống cùng bậc.
- Người bệnh tiếp tục thực hiện xuống các bậc tiếp theo.
- Người bệnh xoay người ngồi vào ghế.
- Dẫn dò người bệnh, thu dọn dụng cụ.

5.2. Tập lên xuống cầu thang cho người bệnh liệt nửa người

a) Lên cầu thang

- Kỹ thuật viên đứng phía sau người bệnh.
- Kỹ thuật viên hướng dẫn người bệnh chuyển từ ngồi sang đứng.
- Người bệnh bám tay lành vào thành cầu thang đồng thời bước chân lành lên trước, sau đó đến chân liệt bước lên cùng bậc chân lành.
- Người bệnh tiếp tục thực hiện lên các bậc tiếp theo.

b) Xuống cầu thang

- Kỹ thuật viên đứng phía trước người bệnh.
- Người bệnh bám tay lành vào thành cầu thang đồng thời bước chân liệt xuống trước, sau đó đến chân lành bước xuống cùng bậc chân liệt.
- Người bệnh tiếp tục thực hiện xuống các bậc tiếp theo.
- Người bệnh xoay người ngồi vào ghế,...
- Dẫn dò người bệnh, thu dọn dụng cụ

5.3. Tập lên xuống cầu thang với nạng cho người bệnh yếu hai chân

a) Lên cầu thang

- Kỹ thuật viên đứng phía dưới người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh chuyển từ ngồi sang đứng (2 nạng đặt phía trước).
- Nếu người bệnh thăng bằng đứng tốt.
- Kỹ thuật viên chuyển nạng sang hai bên.
- Di chuyển với nạng bằng cách đi đu đưa đến gần cầu thang.
- Người bệnh sử dụng hai nạng như một. Một tay chống nạng, một tay chống ở lan can.
- Đu chân lên trước rồi đến hai nạng lên cùng bậc với hai chân.
- Người bệnh đi tiếp lên các bậc thang.

b) Xuống cầu thang

- Kỹ thuật viên đứng phía trước người bệnh

- Người bệnh sử dụng hai nạng như một. Một tay chống nạng, một tay chống ở lan can.

- Đưa nạng xuống trước rồi đưa hai chân xuống sau cùng bậc với nạng
- Người bệnh đi tiếp xuống cầu thang
- Đi đưa đến gần ghế và ngồi xuống
- Người bệnh làm kỹ thuật viên sửa sai.
- Dẫn dò người bệnh, thu dọn dụng cụ

6. THEO DÕI

- Trong quá trình tập luyện cần theo dõi tránh tập quá sức.
- Theo dõi sự tiến triển của người bệnh.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tăng huyết áp: Thuốc hạ áp.
- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.
- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.
- Ngã khi tập: Chú ý cẩn thận, tránh ngã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 135)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP DI CHUYỂN TRÊN CÁC ĐỊA HÌNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Tập di chuyển trên các địa hình (dốc hoặc rải sỏi hoặc đường gồ ghề,...) là một bài tập chức năng quan trọng, giúp cải thiện và nâng cao chức năng đi lại.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh liệt nửa người.
- Người bệnh yếu hai chân.
- Người bệnh khó khăn trong di chuyển như đau thần kinh tọa, đau hoặc chèn ép dây thần kinh, sau gãy xương chi dưới.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thể trạng quá yếu, đứng chưa vững.
- Người bệnh có rối loạn tri giác nhận thức, không hiểu lệnh và không điều khiển được các cử động của cơ thể.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Ghế, nạng, địa hình (dốc hoặc rải sỏi hoặc đường gồ ghề,...).

4.3. Người bệnh

- Người bệnh trang phục gọn gàng.
- Giải thích và hướng dẫn cách tập cho người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tập di chuyển lên xuống dốc, đường gồ ghề cho người bệnh liệt nửa người

a) Lên dốc

- Tư thế ban đầu người bệnh: ngồi trên ghế.
- Tư thế kỹ thuật viên: đứng phía sau người bệnh.
- Kỹ thuật viên hướng dẫn người bệnh chuyển từ ngồi sang đứng.
- Di chuyển đồng thời bước chân lành lên trước, sau đó đến chân liệt..
- Người bệnh tiếp tục thực hiện khi lên hết dốc

b) Xuống dốc

- Tư thế kỹ thuật viên: đứng phía trước người bệnh.
- Di chuyển đồng thời bước chân liệt xuống trước, sau đó đến chân lành.
- Người bệnh tiếp tục thực hiện xuống cho tới khi hết dốc.
- Người bệnh xoay người ngồi vào ghế.

- Dẫn dò người bệnh, thu dọn dụng cụ.

5.2. Tập di chuyển lên xuống dốc, đường gồ ghề với nạng cho người bệnh yếu hai chân

Kỹ thuật viên làm mẫu

a) Lên dốc

- Kỹ thuật viên đứng phía dưới người bệnh
- Hướng dẫn người bệnh từ ngòai sang đứng (2 nạng đặt phía trước)
- Người bệnh giữ thăng bằng đứng tốt
- Kỹ thuật viên chuyển nạng sang hai bên
- Di chuyển với nạng cách đi đu đưa đến gần dốc
- Người bệnh sử dụng hai nạng như một. Một tay chống nạng, một tay bám vào người nhà.
- Người bệnh đu chân lên trước rồi đến hai nạng
- Tiếp tục đi tiếp lên hết dốc

b) Xuống dốc

- Kỹ thuật viên đứng phía trước người bệnh.
- Người bệnh sử dụng hai nạng như một. Một tay chống nạng, một tay bám vào người nhà.
- Người bệnh đưa nạng xuống trước rồi đu hai chân xuống sau.
- Người bệnh đi tiếp xuống cho tới hết dốc.
- Đi đu đưa đến gần ghề và ngòai xuống
- Người bệnh làm, kỹ thuật viên sửa sai.
- Dẫn dò người bệnh, thu dọn dụng cụ

6. THEO DÕI

- Trong quá trình tập luyện cần theo dõi tránh tập quá sức.
- Theo dõi sự tiến triển của người bệnh.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tăng huyết áp: Thuốc hạ áp.
- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.
- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.
- Ngã khi tập: Chú ý cẩn thận, tránh ngã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 138)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP ĐI VỚI CHÂN GIẢ TRÊN GỐI

1. ĐẠI CƯƠNG

Vấn đề chính trong tập luyện với chân giả là khả năng giữ thăng bằng trên chân giả trong khi đứng rất quan trọng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mức cắt cụt ngang xương đùi.
- Tháo khớp gối và những mức cắt cụt ở khớp gối.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mỏm cụt nhiễm trùng sau phẫu thuật.
- Sung, phù nề đầu mỏm cụt.
- Co rút hay biến dạng gập khớp hông.
- Chân giả trên gối không vừa vặn.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Chân giả trên gối, ghế ngồi, thanh song song, tấm gương tập.

4.3. Người bệnh

Phải hợp tác và được giải thích rõ mục đích tập luyện.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Được Bác sĩ chỉ định tập luyện với chân giả trên gối.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Bước 2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Bước 3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Đứng giữa thanh song song với hai bàn chân cách nhau 12 cm

- Giữ tư thế đứng, chuyển sức nặng từ chân nọ sang chân kia.
- Không gập gối phía lành.
- Người bệnh chuyển sức nặng bằng cử động của khớp hông chứ không phải của thân mình. Hai vai và xương chậu phải được giữ ở vị thế ngang.

5.3.2. Đứng trước gương tập và giữa thanh song song

- Đặt hai bàn tay trên thanh song song ở hai bên thân mình.
- Bước chân giả một bước ngắn về phía trước chân lành.

- Giữ nguyên chân giả ở điểm này, bước chân lành về phía trước và ra sau.
- Chịu hết sức nặng trên bàn chân lành ở giai đoạn đầu và cuối của bước.
- Khớp gối chân giả sẽ gập khi chân lành đặt về phía trước.
- Bàn chân lành nên bước qua sát bàn chân giả nhằm chuyển sức nặng thân mình trực tiếp trên chân giả.

5.3.3. Chịu sức nặng trên chân lành đặt trước chân giả một bước

- Khớp gối chân giả gập. Chuyển sức nặng từ gót tới ngón của bàn chân lành.
- Cho chân giả bước tới một bước. Đặt hết sức nặng trên chân giả ở giai đoạn cuối của bước (khớp gối chân lành phải gập khi sức nặng đè trên gót chân giả).

5.3.4. Bước ngang

- Về phía chân lành:
 - + Bước một bước ngắn về phía chân lành.
 - + Để cho khớp gối chân giả gập.
 - + Vẫn duy trì tiếp xúc với mặt nền, kéo bàn chân giả tới bên chân lành.
- Về phía chân giả:
 - + Chịu hết sức nặng bên lành.
 - + Di động chân giả, hơi gập nhẹ gối.
 - + Chịu ngay sức nặng trên chân giả, khi bàn chân đặt xuống.

5.3.5. Ngồi xuống ghế

- Đối mặt với ghế, với chân lành gần chân trước của ghế phía trên chân giả.
- Xoay bàn chân lành về phía chân giả, kéo chân giả bằng mức với chân lành.
- Gập thân mình về phía trước và đặt mình xuống ghế (người già bị cụt trên gối, có thể chống một tay trên mặt ghế trong khi đặt bàn tay kia trên khớp gối lành).

5.3.6. Đứng dậy khỏi ghế

- Đặt gót chân lành gần phía dưới ghế trong khi bàn chân giả ở phía trước.
- Gập mình về phía trước và đứng dậy trên chân lành.
- Chuyển sức nặng sang chân giả và bước tới với chân lành (với người già bị cụt trên gối có thể chống thêm hai bàn tay trên gối).

5.3.7. Đứng dậy từ sàn nhà

- Phương pháp 1:
 - + Xoay người đối diện với mặt ghế. Đặt hai tay lên mặt ghế.
 - + Quỳ trên chân lành, chân giả duỗi ra sau.
 - + Đẩy hai tay và duỗi thẳng chân lành để đứng lên.
 - + Nắm nhẹ trên ghế khi lấy lại thăng bằng và sử dụng dụng cụ trợ giúp.

- Phương pháp 2:
 - + Ngồi gần ghế, lưng tựa vào mặt ghế. Đặt hai tay lên mặt ghế.
 - + Gập gối chân lành.
 - + Đẩy mạnh hai tay và đưa mông lên mặt ghế.

5.3.8. Ngồi xuống sàn nhà

- Đặt chân giả hơi về phía sau.
- Cúi xuống chống tay và chịu sức nặng trên hai bàn tay.
- Hạ thân mình xuống, xoay về phía chân lành và ngồi xuống mông phía ấy.

5.3.9. Bước lên cầu thang

- Chuyển sức nặng thân người trên chân giả và bước lên với chân lành.
- Duỗi móm cụt ra rồi gập hông lại thật mau để gập gối lại và đặt bàn chân giả bên cạnh chân lành.

5.3.10. Bước xuống cầu thang

- Đặt gót chân giả trên cạnh bậc cầu thang
- Chuyển sức nặng thân người đến chân giả và giữ vững khớp gối bằng cách ấn móm cụt vào vách sau vỏ nhựa.
- Gập khớp gối giả bằng cách gập móm cụt lại và chuyển sức nặng thân người trên chân lành ở bậc kế dưới.
- Đi xuống một cách nhịp nhàng.

5.3.11. Vượt chướng ngại

- Bước qua chướng ngại vật bằng cách đi tới
 - + Mặt đối diện với vật chướng ngại, đặt ngón chân lành cách xa vật khoảng 7 – 8cm.
 - + Chuyển sức nặng thân người trên chân lành.
 - + Duỗi móm cụt ra rồi gập mạnh hông lại để đem chân giả qua chướng ngại vật.
 - + Khi gót chân giả chạm đất, duỗi mạnh móm cụt vào vách sau để giữ vững khớp gối và chuyển sức nặng thân người lên chân giả.
 - + Bước chân lành qua chướng ngại vật.
- Bước qua chướng ngại vật bằng cách đi ngang (bước qua chướng ngại vật cao hơn 10 – 12cm):
 - + Người cụt chân trên gối đứng một bên với chân giả cạnh bên chướng ngại vật và bàn chân giả cách chướng ngại vật 12 – 13cm.
 - + Gập mạnh hông chân cụt để duỗi gối và bước qua chướng ngại vật.
 - + Lúc gót chân giả chạm đất, ấn mạnh móm cụt vào vách sau vỏ nhựa để giữ vững gối.

+ Bước qua chướng ngại vật với chân lành, xoay người về chân giả.

6. THEO DÕI

- Nên nhớ là người có móm cụt trên gối sẽ nhanh mệt ở giai đoạn đầu mới bước vào chương trình tập luyện. Cần thường xuyên xen những phút nghỉ vào giữa những buổi tập ngắn.

- Sau mỗi buổi tập, cần kiểm tra xem móm cụt có bị những điểm tê đê hay các vết trầy xước nào không?

- Trường hợp sử dụng gậy chống thì nên dùng hai gậy trong suốt thời gian luyện tập để đảm bảo sự phân bố đều sức nặng hai bên. Sau giai đoạn tập luyện, nếu người bệnh vẫn phải dùng một gậy thì cầm gậy ở tay phía đối bên với phía chân giả.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau móm cụt: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.

- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.

- Ngã khi tập: Chú ý cẩn thận, tránh ngã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 141)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP ĐI VỚI CHÂN GIẢ DƯỚI GỐI

1. ĐẠI CƯƠNG

Hầu hết người bệnh cắt cụt ngang xương chày đều sử dụng chân giả dưới gối tốt vì có tay đòn dài để điều khiển bàn chân giả và cổ chân nên tiêu hao năng lượng ít hơn so với các mức cắt cụt cao hơn.

2. CHỈ ĐỊNH

Cắt cụt ngang xương chày

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật, mồm cụt bị sưng và phù nề lâu.
- Tổn thương trầm trọng và rách phần mềm mồm cụt.
- Khớp gối bị co rút gấp (do mất cân bằng cơ), đau, viêm khớp xương và không vững chắc dây chằng.
- Tình trạng cơ của chân cắt cụt không hoạt động, sẹo dính, đầu xương không đều, da ghép và cảm giác kém.
- Chân giả dưới gối không vừa vặn.
- Tái rèn luyện dáng đi với chân giả không còn phù hợp

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu

4.2. Phương tiện

Chân giả dưới gối, ghế ngồi, thanh song song, gương tập.

4.3. Người bệnh

Được giải thích rõ mục đích tập luyện để hợp tác tốt.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Có chỉ định của Bác sĩ về tập luyện với chân giả dưới gối.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Người bệnh đứng giữa hai thanh song song, hai bàn chân cách nhau 12cm

- Giữ tư thế đứng, chuyển trọng lượng từ chân này sang chân kia.
- Không gấp gối phía chân lành.
- Người bệnh chuyển trọng lượng bằng cử động của khớp hông chứ không phải của thân mình.

- Hai vai và xương chậu phải được giữ ở vị thế ngang, cân xứng hai bên.

5.3.2. Đứng trước gương tập và giữa thanh song song

- Đặt hai bàn tay trên hai thanh song song ở hai bên thân mình.
- Bước chân giả một bước ngắn về phía trước, trên chân lành.
- Giữ nguyên chân giả ở vị trí này, bước chân lành về phía trước và ra sau.
- Dồn hết trọng lượng trên chân lành ở giai đoạn đầu và cuối của bước.
- Khớp gối chân giả gấp khi chân lành bước về phía trước.
- Bàn chân lành nên bước qua sát bàn chân giả nhằm chuyển trọng lượng thân mình trực tiếp trên chân giả.

5.3.3. Dồn trọng lượng trên chân lành đã đặt trước chân giả một bước

- Gấp khớp gối chân giả.
- Chuyển trọng lượng từ gót tới các ngón của bàn chân lành.
- Bước chân giả lên phía trước một bước.
- Dồn toàn bộ trọng lượng cơ thể trên chân giả ở giai đoạn cuối của bước (khớp gối chân lành phải gấp khi trọng lượng dồn lên gót chân giả)

5.3.4. Bước ngang

a) Về phía chân lành

Bước một bước ngắn về phía chân lành:

- Khớp gối chân giả gấp.
- Vẫn giữ bàn chân tiếp xúc với sàn nhà, kéo bàn chân giả sát sàn nhà đến bên chân lành.

b) Về phía chân giả

Dồn toàn bộ trọng lượng lên chân lành:

- Di động chân giả, hơi gấp nhẹ gối.
- Chịu ngay sức nặng trên chân giả, khi bàn chân đặt xuống.

5.3.5. Ngồi xuống ghế

- Đứng đối mặt với ghế, chân lành gần chân trước của ghế, phía trên chân giả.
- Xoay bàn chân lành về phía chân giả, kéo chân giả bằng mức với chân lành.
- Gập thân mình về phía trước, ngồi xuống ghế (người già bị cắt cụt dưới gối có thể chống một tay trên mặt ghế trong khi đặt bàn tay kia trên khớp gối lành).

5.3.6. Đứng dậy khỏi ghế

- Đặt gót chân lành gần phía dưới ghế trong khi bàn chân giả ở phía trước.
- Gập thân mình về phía trước và đứng dậy trên chân lành.
- Chuyển trọng lượng sang chân giả và bước tới với chân lành (với người già bị cắt cụt dưới gối có thể chống thêm hai bàn tay trên gối).

5.3.7. Đứng dậy từ mặt sàn nhà

- Đặt bàn tay phía chân lành trên nền sau thân mình.
- Đặt bàn chân lành sát mặt nền.
- Đặt bàn tay kia bên cạnh bàn tay phía chân lành.
- Xoay thân mình về phía chân lành và xoay trụ quanh bàn chân lành.
- Nhún đứng dậy với hai tay và duỗi chân lành.

5.3.8. Ngồi xuống sàn nhà

- Đặt chân giả hơi về phía sau.
- Cúi xuống chống tay và chịu sức nặng trên hai bàn tay.
- Hạ thân mình xuống, xoay về phía chân lành và ngồi xuống mông phía ấy.

5.3.9. Bước lên cầu thang

- Chuyển, dồn trọng lượng cơ thể lên chân giả, sau đó bước chân lành lên bậc thang đầu tiên bằng.

- Duỗi móm cụt ra rồi gấp hông để gấp gối lại và bước chân giả lên cùng bậc, đặt bàn chân giả bên cạnh bàn chân lành.

- Người mang chân giả dưới gối có thể tập bước mỗi chân lên một bậc thang.

5.3.10. Bước xuống cầu thang

- Đặt gót chân giả trên cạnh bậc cầu thang

- Chuyển trọng lượng cơ thể lên chân giả và giữ vững khớp gối bằng cách ấn móm cụt vào vách sau vỏ nhựa.

- Gập khớp gối giả bằng cách gập móm cụt lại và chuyển sức nặng thân người trên chân lành ở bậc kế dưới.

- Bước xuống bậc thang đầu tiên nhip nhàng bằng chân lành.

5.3.11. Vượt chướng ngại

- Bước qua chướng ngại vật bằng cách đi tới:

+ Mặt đối diện với vật chướng ngại, đặt chân lành cách xa vật khoảng 7-8 cm.

+ Chuyển trọng lượng cơ thể lên chân lành.

+ Duỗi móm cụt ra rồi gấp mạnh hông lại để đem chân giả qua chướng ngại vật.

+ Khi gót chân giả chạm đất, duỗi mạnh móm cụt vào vách sau để giữ vững khớp gối và chuyển sức nặng thân người lên chân giả.

+ Bước chân lành qua chướng ngại vật.

- Bước qua chướng ngại vật bằng cách đi ngang (bước qua chướng ngại vật cao hơn 10-12 cm):

+ Người bệnh đứng một vó bên chân giả cạnh chướng ngại vật và bàn chân giả cách chướng ngại vật 12-13cm.

+ Gập mạnh hông chân cụt để duỗi gối và bước qua chướng ngại vật.

+ Lúc gót chân giả chạm đất, ấn móm cụt vào vách sau vỏ nhựa để giữ vững gối.

+ Bước qua chướng ngại vật với chân lành, xoay người về chân giả.

6. THEO DÕI

- Sau mỗi buổi tập, cần kiểm tra xem móm cụt có bị những điểm tỳ đè hay các vết trầy xước nào không?

- Nếu người bệnh có tập đi trước khi đạt được sự thăng bằng thì dễ bị những thói quen xấu rất khó sửa chữa sau này.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.

- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.

- Ngã khi tập: Chú ý cẩn thận, tránh ngã.

Chú ý: Trong trường hợp sử dụng gậy chống thì nên dùng hai cây gậy trong suốt thời gian luyện tập để đảm bảo sự phân bố đều sức nặng hai bên. Sau giai đoạn tập luyện, nếu người bệnh vẫn phải dùng một cây gậy thì cầm gậy ở tay phía đối bên với phía chân giả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 145)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP TẠO THUẬN THẦN KINH CƠ CẢM THỤ BẢN THỂ (PNF) CHI TRÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

PNF là kỹ thuật tạo thuận cảm thụ bản thể thần kinh cơ áp dụng cho người bệnh bị tổn thương thần kinh trung ương. Mục đích hướng đến chức năng mà người bệnh thực hiện trong cuộc sống sinh hoạt hàng ngày.

Mục tiêu tập luyện PNF trong điều trị là:

- Tạo cho người bệnh một kinh nghiệm học tích cực, có động cơ thúc đẩy và có ý thức hoàn thành bài tập.
- Cải thiện sự kiểm soát vận động và điều hợp của sự co cơ hướng tâm, ly tâm, đẳng trương ở mọi tốc độ của cử động.
- Cải thiện tầm vận động khớp, sức mạnh cơ và sự điều hợp của các mẫu vận động chức năng.
- Cải thiện tính vận động, tính vững chắc và sự khéo léo trong mọi tư thế.
- Tạo sự bình thường của trương lực cơ qua việc cải thiện tầm vận động, sức mạnh cơ, sự chịu trọng lượng, sự điều hợp và giảm sự gắng sức tạo nên cử động.
- Tái giáo dục và cải thiện nhận thức về vận động.
- Cải thiện thăng bằng và sức bền.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị tổn thương thần kinh trung ương:
- Hội chứng liệt nửa người (tai biến mạch máu não, viêm màng não, u não, u màng não...).
- Liệt hai chi dưới, liệt tứ chi (tổn thương tủy sống, u tủy,...).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh trong trạng thái tinh thần không ổn định, không tỉnh táo.
- Lực cơ của người bệnh bậc 0,1,2.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Giường tập, ga, gối

4.3. Người bệnh

- Người bệnh trang phục gọn gàng.
- Giải thích và hướng dẫn cách tập cho người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tập vận động nâng xương vai lên trên và ra trước

- Vị thế người bệnh: nằm nghiêng, cổ vị thế trung gian, hông và gối gập 90 độ.
- Vị thế kỹ thuật viên: đứng sau lưng, về phía đầu người bệnh.
- Kỹ thuật viên dùng hai bàn tay chồng lên nhau và đặt ở trước móm cùng vai người bệnh:

+ Mệnh lệnh: “Nâng vai lên hướng về phía trước”.

+ Kéo giãn: xương vai được kéo trượt trên lồng ngực theo chiều hạ xuống, ra sau và vào trong theo hướng chuyển động..

+ Đề kháng: kỹ thuật viên tạo lực đề kháng cử động của xương vai bằng một lực kéo theo vòng cung của cử động.

5.2. Tập vận động hạ xương vai xuống dưới và ra sau

- Vị thế người bệnh: nằm nghiêng, cổ vị thế trung gian, hông và gối gập 90 độ
- Vị thế kỹ thuật viên: đứng sau lưng, về phía đầu người bệnh.
- Một bàn tay KTV đặt trên góc dưới xương vai, bàn tay kia đặt trên gai vai.

+ Mệnh lệnh: “Hạ vai xuống và ra sau”.

+ Kéo giãn: Lực căng trên các nhóm cơ hạ xương vai như: cơ răng trước, cơ trám và cơ lưng rộng theo hướng chuyển động.

+ Đề kháng : kỹ thuật viên tạo lực kéo theo vòng cung của cử động xương vai trên lồng ngực, kỹ thuật viên hạ thấp 2 khuỷu tay xuống khi thực hiện cử động.

5.3. Tập vận động nâng xương vai lên trên và ra sau

- Vị thế người bệnh: nằm nghiêng, cổ vị thế trung tính, háng và gối gập 90 độ.
- Vị thế kỹ thuật viên đứng sau lưng, về phía đầu người bệnh.
- Kỹ thuật viên dùng hai bàn tay chồng lên nhau và đặt ở vùng móm cùng vai:

+ Mệnh lệnh: “Nâng vai lên hướng về phía sau”.

+ Kéo giãn: xương vai được kéo trượt trên lồng ngực theo chiều hạ xuống, ra trước.

+ Đề kháng: kỹ thuật viên tạo lực đề kháng cử động của xương vai bằng một lực kéo dọc theo vòng cung của cử động, kỹ thuật viên hạ thấp 2 khuỷu tay xuống khi thực hiện cử động.

5.4. Tập vận động hạ xương vai xuống dưới và ra trước

- Vị thế người bệnh: nằm nghiêng, cổ vị thế trung tính, hông và gối gập 90 độ.
- Vị thế kỹ thuật viên đứng sau lưng, về phía đầu người bệnh.
- Một bàn tay của kỹ thuật viên ở phía trước và 1 tay ở phía sau bờ vai và nách người bệnh.

+ Mệnh lệnh: “Hạ vai xuống về phía trước”.

+ Kéo giãn: Lực căng trên các nhóm cơ hạ xương vai: cơ răng trước, cơ trám và cơ lưng rộng.

+ Đề kháng: kỹ thuật viên tạo lực kéo dọc theo vòng cung của cử động.

5.5. Tập kết hợp nâng xương chậu lên trên ra trước và hạ xương vai xuống dưới ra sau

- Vị thế người bệnh: Nằm nghiêng trên bàn, khớp háng và khớp gối gấp 90 độ.

- Vị thế kỹ thuật viên: Ở phía sau người bệnh, khoảng ngang ngực.

- Bàn tay xa kỹ thuật viên đặt phía trước mào chậu, bàn tay gần đặt ở trên gai vai hay góc trong xương vai.

+ Mệnh lệnh: “Gập người lại, cuộn người lại”.

+ Kéo giãn: giữ xương chậu ở tư thế hạ xuống và ra sau, vai giữ trong tư thế nâng lên và ra trước, thân mình kéo dài.

+ Đề kháng: Với tất cả các thành phần của mẫu vận động theo hướng ngược chiều cử động.

5.6. Tập kết hợp hạ xương chậu xuống dưới ra sau và nâng xương vai lên trên ra trước

- Vị thế người bệnh: Nằm nghiêng trên bàn, khớp háng và khớp gối gấp 90 độ.

- Vị thế kỹ thuật viên: Ở phía sau người bệnh, khoảng ngang ngực.

- Bàn tay xa của KTV đặt ở ụ ngồi, bàn tay gần đặt phía trước móm cùng vai.

+ Mệnh lệnh: “Đẩy xa ra, vừa đẩy vai lên vừa đẩy hông xuống”.

+ Kéo giãn: Xương chậu ở tư thế nâng lên và ra trước, xương vai ở tư thế hạ xuống ra sau.

+ Đề kháng: Với tất cả các thành phần của mẫu vận động theo hướng ngược chiều cử động.

5.7. Tập vận động gấp, dạng, xoay ngoài chi trên

- Vị thế người bệnh: nằm ngửa sát cạnh bàn.

- Vị thế kỹ thuật viên: đứng ở cạnh bàn khoảng ngang vai.

- Bàn tay xa của kỹ thuật viên cầm nắm kiểu cơ giun, bàn tay gần cầm nắm kiểu cơ giun tạo “đường hầm”.

+ Mệnh lệnh: “Đưa bàn tay và cánh tay lên”.

+ Kéo giãn: Xương vai hạ xuống và ra trước, vai duỗi xoay trong, cẳng tay quay sấp, cổ tay và các ngón tay gấp.

+ Đề kháng: Với tất cả các thành phần của mẫu vận động theo hướng ngược chiều cử động.

5.8. Tập vận động duỗi, khép và xoay trong chi trên

- Vị thế người bệnh: nằm ngửa sát cạnh bàn.

- Vị thế kỹ thuật viên: đứng ở cạnh bàn khoảng ngang vai
 - + Mệnh lệnh: “Nắm chặt bàn tay và hạ cánh tay xuống”.
 - + Đề kháng: Với tất cả các thành phần của mẫu vận động theo hướng ngược chiều cử động.

5.9. Tập vận động gấp, khếp và xoay ngoài chi trên

- Vị thế người bệnh: nằm ngửa sát cạnh bàn.
- Vị thế kỹ thuật viên: đứng ở cạnh bàn khoảng ngang vai.
- Bàn tay xa của kỹ thuật viên tiếp xúc với mặt lòng bàn tay người bệnh, bàn tay gần cầm nắm kiểu cơ giun tạo “đường hầm”.
 - + Mệnh lệnh: “Nắm chặt tôi, đưa tay lên cao ngang qua mắt”
 - + Kéo giãn: Xương vai hạ xuống và ra sau, vai duỗi xoay trong, cổ tay và các ngón tay duỗi.
 - + Đề kháng: Với tất cả các thành phần của mẫu vận động theo hướng ngược chiều cử động.

5.10. Tập vận động duỗi, dạng và xoay trong chi trên

- Vị thế người bệnh: nằm ngửa sát cạnh bàn.
- Vị thế kỹ thuật viên: đứng ở cạnh bàn khoảng ngang vai.
- Bàn tay xa của kỹ thuật viên cầm nắm kiểu cơ giun trên mặt lưng bàn tay người bệnh, bàn tay gần cầm nắm kiểu cơ giun tạo “đường hầm”.
 - + Mệnh lệnh: “Mở bàn tay ra và hạ tay xuống bàn”.
 - + Kéo giãn: Xương vai ở tư thế nâng lên và ra trước, vai gập xoay ngoài, khuỷu thẳng, cổ tay và các ngón tay gập.
 - + Đề kháng: Với tất cả các thành phần của mẫu vận động theo hướng ngược chiều cử động.

5.11. Tập vận động ở tư thế ngồi

- Vị thế người bệnh: Ngồi trên ghế.
- Vị thế kỹ thuật viên: Ở phía trước người bệnh.
- Đề kháng:
 - + Nén ép trên đầu.
 - + Nén ép trên hai vai.
 - + Lực kéo lên trên từ góc dưới xương vai.
- Động tác:
 - + Gập thân mình tới trước có lực đề kháng.
 - + Duỗi thân mình ra sau có lực đề kháng.

6. THEO DÕI

- Theo dõi có biểu hiện quá sức ở người bệnh.

- Theo dõi sự tiến triển của người bệnh.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.
- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.
- Ngã khi tập: Chú ý cẩn thận, tránh ngã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 151)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP TẠO THUẬN THẦN KINH CƠ CẢM THỤ BẢN THỂ (PNF) CHI DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

Tương tự Quy trình tập tạo thuận thần kinh cơ cảm thụ bản thể (PNF) chi trên

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị tổn thương thần kinh trung ương:

- Hội chứng liệt nửa người (tai biến mạch máu não; u não;...)
- Liệt hai chi dưới, liệt tứ chi (tổn thương tủy sống, u tủy)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh trong trạng thái tinh thần không ổn định, không tỉnh táo.
- Lực cơ của người bệnh bậc 0,1,2.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Giường tập, ga gối.

4.3. Người bệnh

- Người bệnh trang phục gọn gàng.
- Giải thích và hướng dẫn cách tập cho người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tập vận động nâng xương chậu lên trên và về phía trước

- Vị thế người bệnh: nằm nghiêng háng và gối gấp từ 70 – 90 độ, cột sống và lưng ở tư thế trung gian.

- Vị thế kỹ thuật viên: Ở phía sau người bệnh, dưới xương chậu.

- Hai bàn tay kỹ thuật viên đặt chồng lên nhau ở trên mào chậu người bệnh ở ngay phía trước.

+ Mệnh lệnh: “Nâng xương chậu lên”.

+ Kéo giãn: Xương chậu được kéo ra sau và xuống dưới.

+ Đề kháng: Theo hướng ngược chiều cử động.

5.2. Tập vận động hạ xương chậu về phía sau

- Vị thế người bệnh: nằm nghiêng, háng và gối gấp 70 – 90 độ, cột sống và lưng ở tư thế trung gian.

- Vị thế kỹ thuật viên: Ở phía sau người bệnh, dưới xương chậu:

+ Mệnh lệnh: Hạ xương chậu xuống về phía sau “ngồi lên tay tôi”

+ Đề kháng: Theo hướng ngược chiều cử động.

5.3. Tập vận động gấp, khép và xoay ngoài chi dưới

- Vị thế người bệnh: Nằm ngửa cạnh bàn với cẳng chân ngoài bàn, háng duỗi.
- Vị thế kỹ thuật viên: Ở bên cạnh ngang với bàn chân người bệnh.
- Bàn tay xa của kỹ thuật viên đặt trên mặt lưng bàn chân người bệnh, bàn tay gần đặt ở mặt trước trong đùi ngay trên khớp gối
 - + Mệnh lệnh: “Gập gối lại, kéo chân lên, cong các ngón chân lên”
 - + Kéo giãn: Hông duỗi- dạng- xoay trong, gối duỗi, cổ chân gập mặt lòng, nghiêng ngoài, các ngón chân gập.
 - + Đề kháng: Theo hướng ngược chiều cử động.

5.4. Tập vận động duỗi, dạng và xoay trong chi dưới

- Vị thế người bệnh: Nằm ngửa cạnh bàn với cẳng chân ngoài bàn, háng duỗi.
- Vị thế kỹ thuật viên: Ở bên cạnh, ngang với bàn chân người bệnh:
 - + Mệnh lệnh: “Duỗi thẳng chân ra, gập các ngón chân xuống”.
 - + Đề kháng: Theo hướng ngược chiều cử động.

5.5. Tập vận động gấp, dạng và xoay trong chi dưới

- Vị thế người bệnh: Nằm ngửa cạnh bàn gót chân ngoài bàn, háng duỗi, khép, xoay trong.
- Vị thế kỹ thuật viên: Ở bên cạnh ngang với hông người bệnh.
- Bàn tay xa của kỹ thuật viên đặt trên mặt lưng bàn chân người bệnh, bàn tay gần đặt ở mặt trước bên ngoài đùi ngay trên khớp gối.
 - + Mệnh lệnh: “Gập gối lại, nhấc chân lên”.
 - + Kéo giãn: Háng duỗi- khép- xoay ngoài, gối duỗi, cổ chân gập mặt lòng, nghiêng trong.
 - + Đề kháng: Theo hướng ngược chiều cử động.

5.6. Tập vận động duỗi, khép và xoay ngoài chi dưới

- Vị thế người bệnh: Nằm ngửa cạnh bàn, gót chân ở ngoài bàn, háng duỗi, khép, xoay trong.
- Vị thế kỹ thuật viên: Ở bên cạnh ngang với hông người bệnh.
- Bàn tay xa của kỹ thuật viên đặt ở mặt lòng bàn chân, bàn tay gần đặt sau bên trong đùi ngay trên khớp gối người bệnh.
 - + Mệnh lệnh: “Duỗi thẳng chân xuống, khép vào trong”.
 - + Kéo giãn: Háng gập, dạng, xoay trong với gối gập. cổ chân gập mặt lưng nghiêng ngoài.
 - + Đề kháng: Theo hướng ngược chiều cử động.

5.7. Tập vận động chi dưới bất đối xứng với gối duỗi (Duỗi/dạng/xoay trong và Duỗi/khép/xoay ngoài)

- Vị thế người bệnh: Nằm ngửa, háng và gối duỗi.
- Vị thế kỹ thuật viên: Ở bên cạnh ngang với bàn chân người bệnh.
- Bàn tay xa của kỹ thuật viên đặt trên mặt lưng 2 bàn chân người bệnh, bàn tay gần đỡ phía dưới của đùi.

+ Mệnh lệnh: “Đẩy hai chân thẳng ra”.

+ Kéo giãn: Khớp háng chân ngoài gấp, dạng, xoay trong; gối gấp, cổ chân gấp mặt lưng, nghiêng ngoài. Khớp háng chân trong gấp, khớp, xoay ngoài, gối gấp, cổ chân gấp mặt lưng, nghiêng trong, người bệnh các ngón chân duỗi. Thân người bệnh gấp về phía không có KTV.

+ Đè kháng: Dùng cả 2 tay đè kháng gấp thân/gấp bên và xoay hông. Đè kháng gấp gối, gấp mặt lưng cổ chân và duỗi các ngón bằng tay xa.

5.8. Tập vận động chi dưới bất đối xứng với gối gấp (Gấp/khép/xoay ngoài và Gấp/dạng/xoay trong)

- Vị thế người bệnh: Nằm ngửa, háng và gối gấp.
- Vị thế kỹ thuật viên: Ở bên cạnh ngang với bàn chân người bệnh.
- Bàn tay xa của kỹ thuật viên đặt ở mặt lòng bên ngoài bàn chân “bên trong” người bệnh, bàn tay gần mặt sau của 2 đùi.

+ Mệnh lệnh: “Gấp 2 gối lại, co về phía ngực”.

+ Kéo giãn: Khớp háng chân bên ngoài duỗi, khớp, xoay ngoài, gối duỗi, cổ chân gấp mặt lòng, nghiêng trong. Khớp háng chân bên trong duỗi, dạng, xoay trong, gối duỗi, cổ chân gấp mặt lòng, nghiêng ngoài, các ngón chân gấp. Thân người bệnh gấp về phía kỹ thuật viên.

+ Đè kháng: Dùng cả 2 tay đè kháng tất cả các thành phần của mẫu vận động theo hướng ngược chiều cử động.

6. THEO DÕI

- Theo dõi có biểu hiện quá sức ở người bệnh.
- Theo dõi sự tiến triển của người bệnh để tăng hoặc giảm lực kháng trở.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.
- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.
- Ngã khi tập: Chú ý cẩn thận, tránh ngã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 156)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP TẠO THUẬN THẦN KINH CƠ CẢM THỤ BẢN THỂ (PNF) CHỨC NĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Tương tự Quy trình tập tạo thuận thần kinh cơ cảm thụ bản thể (PNF) chi trên

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị tổn thương thần kinh trung ương:

- Hội chứng liệt nửa người (tai biến mạch máu não, viêm màng não, u não, u màng não,...).

- Liệt hai chi dưới, liệt tứ chi (tổn thương tủy sống, u tủy,...).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh trong trạng thái tinh thần không ổn định, không tỉnh táo.

- Lực cơ của người bệnh bậc 0,1,2.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Giường tập, ga, gối.

4.3. Người bệnh

- Người bệnh trang phục gọn gàng.

- Giải thích và hướng dẫn cách tập cho người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tập luyện từ ngồi chuyển qua đứng

- Vị thế người bệnh: Ngồi trên ghế.

- Vị thế kỹ thuật viên: Ở phía trước người bệnh.

- Ngồi chuyển qua đứng với lực nén trên hai bên xương chậu.

- Đứng nén ép trên hai bên khung chậu.

- Ngồi chuyển qua đứng với lực nén trên hai vai.

- Đứng nén ép trên hai vai.

- Đảo nghịch ổn định trên hai vai.

- Đảo nghịch ổn định chậu vai.

- Đảo nghịch ổn định hai bên khung chậu.

5.2. Tập luyện dáng đi tới trước với lực đề kháng từ phía trước

- Vị thế người bệnh: đứng trong thanh song song.

- Vị thế kỹ thuật viên: ở phía trước người bệnh.
- Hai bàn tay kỹ thuật viên đặt trên mào chậu phía trên gai chậu trước trên người bệnh.

+ Mệnh lệnh: “Bước chân phải hoặc trái lên”.

+ Kéo giãn: giữ khung chậu ở tư thế hạ xuống dưới và ra sau.

+ Đề kháng: Với tất cả các thành phần của mẫu vận động theo hướng ngược chiều cử động. Lực kháng ở hai bên xương chậu theo chiều xuống dưới và ra sau, nhanh ở giữa thì đứng và lực này luôn được duy trì.

5.3. Tập luyện dáng đi tới trước với lực đề kháng từ phía sau

- Vị thế người bệnh: đứng trong thanh song song.
- Vị thế kỹ thuật viên: Ở phía sau người bệnh quỳ một chân hoặc ngồi trên ghế có bánh xe.

- Kỹ thuật viên đặt ở vùng phía trước hai mào chậu với cẳng tay hạ thấp và tiếp xúc với nhóm cơ mông của người bệnh.

+ Mệnh lệnh: “Bước chân phải hoặc trái lên”.

+ Kéo giãn: giữ chậu ở tư thế hạ xuống dưới và ra sau.

- Lực kháng trên hai xương chậu theo chiều xuống dưới và ra sau nhanh ở giữa thì đứng và lực này luôn được duy trì.

5.4. Tập luyện dáng đi lui có lực đề kháng

- Vị thế người bệnh: đứng trong thanh song song.
- Vị thế kỹ thuật viên: ở phía sau người bệnh.
- Kỹ thuật viên đặt tay ở vùng phía trước hai mào chậu với các ngón tay hướng xuống sàn nhà hơi ra trước.

+ Mệnh lệnh: “Bước chân phải hoặc trái ra sau”.

+ Kéo giãn: theo một đường cung xương chậu ở tư thế hạ xuống dưới và ra trước.

+ Đề kháng: Với tất cả các thành phần của mẫu vận động theo hướng ngược chiều cử động. Lực đề kháng theo chiều xuống dưới và ra trước trên chân đứng.

5.5. Tập luyện dáng đi ngang có lực đề kháng

- Vị thế người bệnh: đứng trong thanh song song.
- Vị thế kỹ thuật viên: đứng bên cạnh người bệnh.
- Một tay kỹ thuật viên đặt ở phía trước mào chậu, một tay đặt ở phía sau mào chậu.

+ Mệnh lệnh: “Bước chân phải hoặc trái sang ngang”.

+ Kéo giãn: chân ở gần kỹ thuật viên kéo giãn theo hướng xuống dưới.

+ Đề kháng: với tất cả các thành phần của mẫu vận động theo hướng ngược chiều cử động.

- Lực đề kháng ở hai xương chậu theo chiều xuống dưới khi người bệnh chuyển người xuống phía chân đang trong giai đoạn đu.

6. THEO DÕI

- Theo dõi có biểu hiện quá sức ở người bệnh.
- Theo dõi huyết áp.
- Theo dõi sự tiến triển của người bệnh để tăng hoặc giảm lực kháng trở.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.
- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.
- Ngã khi tập: Chú ý cẩn thận, tránh ngã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 160)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP VỚI THANG TƯỜNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Thang tường là dụng cụ tập khớp vai, các cơ thân mình và chi trên.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đau, hạn chế vận động khớp vai do nhiều nguyên nhân: viêm quanh khớp vai, chấn thương khớp vai, liệt nửa người, di chứng sau bó bột, bất động.

- Yếu các cơ thân mình, chi trên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh khó khăn về nhận thức, không hiểu mệnh lệnh, không phối hợp.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Ghế, thang tường.

4.3. Người bệnh

- Người bệnh trang phục gọn gàng.

- Giải thích và hướng dẫn cách tập cho người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế người bệnh: đứng.

- Tư thế kỹ thuật viên: đứng cạnh người bệnh.

- Kỹ thuật viên làm mẫu, sau đó người bệnh làm theo:

+ Cử động gập khớp vai: Người bệnh đứng quay mặt vào thang tường, 2 tay bám vào thang tường khuỷu gối, 2 tay bám vào thang tường đu người xuống.

+ Cử động duỗi khớp vai: Người bệnh đứng xoay lưng lại 2 tay bám vào thang tường ngả người ra trước.

+ Cử động dạng khớp vai: Người bệnh đứng nghiêng người lại với thang tường, tay nắm vào thang rồi ngả người ra.

+ Cử động khép khớp vai: Người bệnh đứng đối diện với thang tường, 2 tay dạng và bám vào thang tường, ngả người về phía thang tường.

6. THEO DÕI

- Theo dõi có biểu hiện quá sức ở người bệnh.

- Theo dõi không để người bệnh làm các cử động thay thế.

- Theo dõi sự tiến triển của người bệnh.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.
- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.
- Ngã khi tập: Chú ý cẩn thận, tránh ngã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 163)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP VỚI RÒNG RỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Ròng rọc là dụng cụ tập khớp vai. Ngoài ra, còn có tác dụng tập mạnh các cơ chi trên, thân mình, đặc biệt cơ lưng to.

2. CHỈ ĐỊNH

Đau, hạn chế vận động khớp vai do nhiều nguyên nhân:

- Viêm quanh khớp vai, chấn thương khớp vai.
- Liệt nửa người.
- Di chứng sau bó bột, bất động,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có khó khăn về nhận thức, không hiểu mệnh lệnh, không hợp tác.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Ghế, ròng rọc.

4.3. Người bệnh

- Người bệnh trang phục gọn gàng.
- Giải thích và hướng dẫn cách tập cho người bệnh để phối hợp.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tập vận động gấp-duỗi khớp vai

- Tư thế người bệnh: ngồi trên ghế tựa, quay lưng lại ròng rọc, hai tay người bệnh nắm lấy hai tay cầm của ròng rọc.

- Tư thế kỹ thuật viên: Đứng bên cạnh khớp vai được treo

+ Xác định điểm treo: ngay tại đỉnh đầu (cho dây rơi theo trọng lực).

+ Nâng đỡ: cổ tay, bàn tay.

+ Thực hiện cử động gấp-duỗi khớp vai: Dùng tay lành kéo xuống, điều này giúp tay bên bệnh được nâng lên trên đầu, kéo càng cao càng tốt cho đến khi vai duỗi tối đa.

+ Giữ 5-10 giây. Thư giãn, và lặp lại động tác: 10-20 lần.

5.2. Tập vận động dạng, khép khớp vai

- Tư thế người bệnh: ngồi trên ghế tựa, ngồi nghiêng, bên vai bệnh sát với ròng rọc, hai tay nắm lấy hai tay cầm.

- Tư thế kỹ thuật viên: Đứng bên khớp vai được treo của người bệnh.

- + Xác định điểm treo: ngay tại đỉnh đầu (cho dây rơi theo trọng lực).
- + Nâng đỡ cổ tay, bàn tay.
- + Thực hiện cử động dạng-khép khớp vai: Dùng tay lành kéo xuống, kéo tay bên bệnh được nâng lên trên đầu càng cao càng tốt.
- + Giữ 5-10 giây. Thư giãn và lặp lại động tác 10-20 lần.

5.3. Tập vận động xoay trong khớp vai

- Tư thế người bệnh: đứng, quay lưng vào ròng rọc. Tay lành đưa lên trên đầu, nắm lấy tay cầm. Tay bệnh đưa ra sau lưng (sao cho ngón cái chạm vào cột sống) và nắm lấy tay cầm kia.

- Tư thế kỹ thuật viên: Đứng bên khớp vai được treo.
 - + Xác định điểm treo: phía bên vai bệnh (cho dây rơi theo trọng lực).
 - + Nâng đỡ cổ tay, bàn tay.
 - + Thực hiện cử động xoay trong khớp vai: Dùng tay lành kéo xuống, điều này giúp kéo tay bên bệnh được nâng lên cao ở phía sau lưng.
 - + Giữ 5-10 giây. Thư giãn và lặp lại động tác 10-20 lần.

6. THEO DÕI

- Theo dõi có biểu hiện quá sức ở người bệnh.
- Theo dõi không để người bệnh làm các cử động thay thế.
- Theo dõi sự tiến triển của người bệnh.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.
- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 165)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP VỚI DỤNG CỤ QUAY KHỚP VAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Là dụng cụ tập xoay khớp vai.

2. CHỈ ĐỊNH

Đau, hạn chế vận động khớp vai do nhiều nguyên nhân:

- Viêm quanh khớp vai.
- Chấn thương khớp vai.
- Liệt nửa người.
- Di chứng sau bó bột, bất động,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có khó khăn về nhận thức, không hiểu mệnh lệnh, không hợp tác.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Ghế, khung quay khớp vai.

4.3. Người bệnh

- Người bệnh trang phục gọn gàng.
- Giải thích và hướng dẫn cách tập cho người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Kỹ thuật viên hướng dẫn làm mẫu

- Kỹ thuật viên đứng bên cạnh dụng cụ tập.
- Tay của vai cần tập nắm vào tay cầm của dụng cụ tập xoay.
- Xoay khớp vai từ từ theo chiều kim đồng hồ.
- Xoay khớp vai ngược chiều kim đồng hồ.

5.2. Bước 2. Người bệnh tự tập, kỹ thuật viên theo dõi, góp ý

- Người bệnh đứng, vai cần tập bên cạnh dụng cụ tập xoay.
- Tay nắm vào tay cầm của dụng cụ tập.
- Xoay khớp vai theo chiều kim đồng hồ.
- Xoay khớp vai ngược chiều kim đồng hồ.
- Làm đúng quy trình với thời gian 5 phút cho mỗi chiều quay.

6. THEO DÕI

- Theo dõi có biểu hiện quá sức ở người bệnh.

- Theo dõi không để người bệnh làm các cử động thay thế.
- Theo dõi sự tiến triển của người bệnh.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.
- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 167)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP VỚI DỤNG CỤ CHÈO THUYỀN

1. ĐẠI CƯƠNG

“Chèo thuyền” là dụng cụ để tập mạnh cơ và các bài tập cho tim mạch. Dụng cụ chèo thuyền giúp làm mạnh các cơ thân mình, chi trên và chi dưới.

2. CHỈ ĐỊNH

Tập mạnh cơ thân mình, các cơ chi trên và chi dưới.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tăng huyết áp nặng, suy tim.
- Cứng khớp, hạn chế tầm vận động các khớp chi trên và chi dưới.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Ghế, dụng cụ (máy) chèo thuyền.

4.3. Người bệnh

- Người bệnh trang phục gọn gàng.
- Kiểm tra huyết áp trước khi tập.
- Giải thích và hướng dẫn cách tập cho người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế người bệnh: ngồi lên ghế của máy (dụng cụ) chèo thuyền.
- Tư thế kỹ thuật viên: đứng cạnh người bệnh.

5.1. Bước 1. Tư thế bắt đầu

- Hướng dẫn người bệnh ngồi trên ghế của dụng cụ chèo thuyền, đặt hai chân lên chỗ đặt chân và 2 bàn tay nắm chặt ở vị trí tay cầm.
- Duỗi cánh tay thẳng hướng về bánh quay, giữ cổ tay duỗi.
- Trượt ghế ngồi ra trước cho đến khi khung chậu vuông góc.
- Khớp háng hơi nghiêng ra trước.

5.2. Bước 2. Tư thế chèo thuyền

- Bắt đầu bằng cách duỗi chân và đạp vào chỗ để chân.
- Giữ thân mình thẳng, tay giữ thẳng và lưng vững để truyền lực vào tay cầm.
- Khi gối duỗi thẳng, từ từ gấp tay và ngả phía trên thân mình ra sau. Kết thúc với tư thế hơi nghiêng ra sau.

5.3. Bước 3. Tư thế kết thúc

- Gấp khuỷu tay và kéo tay cầm vào bụng.

- Duỗi chân.
- Khớp háng hơi nghiêng ra sau.

5.4. Bước 4. Trở lại tư thế ban đầu

- Duỗi tay bằng cách duỗi thẳng khuỷu và đưa tay cầm hướng về bánh quay.
- Nghiêng nửa trên thân mình về phía trước tại khớp háng đi theo tay.
- Từ từ gập gối và trượt ghế ngồi ra trước để về vị trí ban đầu.
- Chuẩn bị cho lần tập tiếp theo.
- Thời gian tập: Những buổi đầu không vượt quá 10 phút, sau đó tăng dần thời gian tập tùy theo người bệnh.

6. THEO DÕI

- Theo dõi có biểu hiện quá sức ở người bệnh.
- Theo dõi huyết áp.
- Theo dõi các sai lầm thường gặp khi tập với dụng cụ chèo thuyền:
 - + Ngả ra sau quá mức ở tư thế kết thúc..
 - + Ngả người ra trước quá mức ở tư thế khởi đầu.
 - + Giật mạnh vào tay cầm.
 - + Bắt đầu chèo thuyền bằng cột sống thắt lưng thay vì bằng chân.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.
- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 169)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP VỚI GIÀN TREO CÁC CHI

1. ĐẠI CƯƠNG

Giàn treo là phương tiện cần thiết để nâng đỡ và trợ giúp các phần chi thể cử động chủ động, nhằm giảm tác động của trọng lực lên các cơ suy yếu khi người bệnh không đủ sức mạnh tập luyện và tự điều khiển cử động cho hết tầm vận động.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dùng cho người bệnh trong giai đoạn đầu của chương trình tập luyện cơ.
- Những trường hợp người bệnh vận động không đúng mẫu.
- Những trường hợp giới hạn tầm vận động của khớp.
- Những trường hợp người bệnh thiếu cố gắng và hợp tác tập luyện.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những trường hợp đau làm ngăn cản cử động chủ động.
- Người bệnh hoàn toàn không hợp tác tập luyện.
- Khi các vị thế được lựa chọn: nằm ngửa, nằm nghiêng, ngồi là chống chỉ định.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Giàn treo.
- Các đai và dây treo nâng đỡ các chi: Đai lớn phải dùng đai kép treo máng vào mỗi đầu của đai, đai nhỏ chỉ cần 1 dây treo là đủ, đai nâng đỡ đầu cần hai dây treo (dây chiếc), đai nâng đỡ cổ tay bàn tay hay cổ chân – bàn chân cần 1 dây treo.
- Móc khóa chữ S.

4.3. Người bệnh

Tư thế thoải mái và được nâng đỡ an toàn.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Lượng giá tổng quát và khả năng tập của người bệnh.
- Có chỉ định được tập luyện vận động trợ giúp.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Xác định tầm vận động khớp và sức cơ bằng tay kỹ thuật viên.

- Chọn tư thế khởi đầu sao cho người bệnh thực hiện đúng mẫu động tác mong muốn, đồng thời đảm bảo sự vững chắc và thoải mái cho người bệnh.

- Lựa chọn dụng cụ cần thiết như móc, dây treo, đai,...

- Buộc dụng cụ vào giàn treo.

- Buộc dụng cụ vào người bệnh: từ phần gần đến phần xa.

- Xác định điểm treo bằng cách thả cho dây rơi theo đường trọng lực.

+ Nếu nhằm mục đích thực hiện cử động, điểm treo phải nằm trên đường thẳng đứng trên trục cử động.

+ Nếu nhằm mục đích nâng đỡ, điểm treo phải nằm trên đường thẳng đứng trên trọng tâm của phần chi thể được treo.

- Gắn dây treo vào đai khi đã buộc đai chính xác vào vùng cơ thể cần điều trị.

- Giải thích cho người bệnh rõ cử động mẫu mà họ phải làm.

- Giữ vững chắc xương nơi có điểm bám của cơ được tập.

- Khi tháo gỡ: tháo từ xa tới gần, sau đó tháo dụng cụ trên giàn.

KỸ THUẬT TREO

Khớp	Cử động	Vị thế người bệnh	Điểm treo	Nâng đỡ	Giữ vững
VAI	Gập Duỗi	Nằm nghiêng	Dưới mỏm cùng vai 2,5cm	Cổ-bàn tay, khuỷu	Vai
	Dạng khớp	Nằm ngửa	Mỏm cùng vai xuống 2,5cm	Cổ-bàn tay, khuỷu	Vai
	Xoay trong	Ngồi, khuỷu gập 90°	Mỏm cùng vai vào 2,5cm	Cổ tay- Bàn tay	Cánh tay
	Xoay ngoài	Nằm nghiêng, vai dạng 90°	Dưới mỏm cùng vai 2,5cm	Cổ tay- Bàn tay	Vai
KHUỖY	Gập Duỗi	Nằm nghiêng	Ngay tại khớp khuỷu	Cánh tay, cổ tay và bàn tay	Cánh tay
		Ngồi, vai dạng 90°	Ngay tại khớp khuỷu	Cánh tay, cổ tay và bàn tay	Cánh tay
HÁNG	Gập Duỗi	Nằm nghiêng	- Mào chậu lớn lên 2,5cm	Gối, cổ chân và bàn chân	Chân
			- Mào chậu xuống 4 ngón tay		

	Dạng khớp	Nằm ngửa	Điểm giữa đường xếp háng xuống 2,5cm	Gối, cổ chân và bàn chân	Chân
GỐI	Gấp Duỗi	Nằm nghiêng	Ngay tại khớp	Đùi, cổ chân và bàn chân	Đùi

6. THEO DÕI

- Trong tất cả mọi trường hợp nên đặt 2 đầu của đai cách khoảng bằng nhau ở 2 bên phần chi thể hay thân mình để duy trì đai đúng vị thế.

- Kiểm tra các đầu móc, dây và đai treo phải chắc chắn, an toàn. Tránh xoắn vặn khi treo.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Buộc hai đầu móc chắc chắn phòng ngừa tai nạn.

- Dây và đai treo bị đứt hay xơ rách không được sử dụng cho người bệnh.

- Phần chi thể gần cần được nâng lên trước rồi đến phần xa.

- Khi treo toàn thân: Đầu được nâng lên trước, rồi đến cánh tay-cẳng tay, đến đùi-cẳng chân rồi đến ngực và cuối cùng là chậu.

- Chăm sóc dụng cụ:

+ Dụng cụ phải được giữ trong tình trạng tốt bằng cách kiểm tra và cất ngay khi sử dụng.

+ Dùng xong treo từng dây và đai treo lên móc theo từng loại riêng biệt để tránh xoắn vặn.

+ Giữ sạch đai và dây treo bằng cách giặt thường xuyên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 171).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP THĂNG BẰNG VỚI BÀN BẬP BÊNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Bàn bập bênh là một trong những dụng cụ tập thăng bằng cho người bệnh. Tập với bàn bập bênh là bài tập thăng bằng ở mức độ khó. Bàn bập bênh có thể tập thăng bằng cho người bệnh ở tư thế ngồi hoặc đứng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Liệt nửa người.
- Liệt hai chân.
- Parkinson.
- Viêm đa dây đa rễ thần kinh.
- Xơ cứng rải rác.
- Xơ cứng cột bên teo cơ.
- Bại não.
- Chậm phát triển vận động tinh thần.
- Yếu cơ sau chấn thương chi dưới, sau phẫu thuật chi dưới,...
- Đoạn chi, lắp chân giả các loại.

3. 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.

4. CHUẨN BỊ THỰC HIỆN BÀI TẬP

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Giường tập, ghế tập.
- Bàn bập bênh thăng bằng ngồi với kích thước bằng gỗ có chiều dài 100cm và rộng 40cm, cao 40cm, chân đế được uốn cong tròn giống như bập bênh.
- Bàn bập bênh thăng bằng đứng với kích thước bằng gỗ có chiều dài 200cm và rộng 60cm, đáy cong ở giữa tròn giống như bập bênh.

4.3. Người bệnh

Kiểm tra huyết áp, chỉ số mạch an toàn, tình trạng sức khỏe tổng quát đối với những người bệnh nằm lâu tại giường.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Người thực hiện kỹ thuật ghi rõ trong hồ sơ bệnh án thời gian thực hiện, các kỹ thuật sẽ thực hiện trên người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ

Lựa chọn bài tập và kỹ thuật phù hợp với tình trạng khiếm khuyết của người bệnh để có thể đạt được mục đích tốt nhất.

5.2. Bước 2. Kiểm tra và chuẩn bị người bệnh

- Giải thích mục đích bài tập và quy trình tập cho người bệnh hiểu để họ hợp tác tốt, tạo sự tin tưởng và làm người bệnh thư giãn.

- Đặt người bệnh trong tư thế thoải mái, vững chắc và ổn định để cho phép người bệnh thực hiện được bài tập tốt nhất khi thực hiện quy trình.

- Dùng các kỹ thuật thư giãn trước khi tập ngồi thẳng bằng tĩnh và động nếu người bệnh co cơ cứng cơ ở các chi hay thân mình.

5.3. Bước 3. Thực hiện bài tập

a) Tập thẳng bằng ngồi

- Người bệnh ngồi, người điều trị đứng phía sau hay phía trước người bệnh, giữ khung chậu, yêu cầu người bệnh dang hai tay ra, dồn trọng lượng sang từng bên hông hoặc thay đổi tư thế tay và đầu ở các hướng trong không gian. Một khi phản ứng thẳng bằng của người bệnh được tạo thuận thì nhiều cử động chi thể sẽ được thực hiện. Những cử động này liên quan đến mức độ cố gắng người bệnh để duy trì thẳng bằng.

- Nếu phản ứng thẳng bằng thất bại thì phản ứng đuối bảo vệ của cánh tay là một trong những phản ứng quan trọng nhất cần được tập để người bệnh chống đỡ khi mất thẳng bằng.

b) Tập thẳng bằng đứng

- Người bệnh đứng trên bàn bập bênh, chân để rộng bằng vai. Người điều trị đứng phía sau hay phía trước người bệnh; giữ người bệnh ở khung chậu, khớp vai, khớp gối hay đầu.

- Yêu cầu người bệnh nâng hai tay ra phía trước, dồn trọng lượng sang từng bên chân hoặc thay đổi tư thế đầu ở các hướng trong không gian. Một khi phản ứng thẳng bằng của người bệnh được tạo thuận thì nhiều cử động chi thể sẽ được thực hiện. Những cử động này liên quan đến mức độ cố gắng người bệnh để duy trì thẳng bằng.

6. THEO DÕI

Kiểm tra tình trạng huyết áp, chỉ số mạch an toàn đối với những người bệnh nằm lâu trước đó. Nếu người bệnh chóng mặt, mệt thì nên ngừng tập và để người bệnh nằm nghỉ.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tăng huyết áp: Nghỉ ngơi, thuốc hạ áp.

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.

- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.

- Ngã khi cử động tay, thân và đầu để tập thăng bằng động đặc biệt ở những người bệnh tai biến mạch não, chấn thương sọ não hay liệt hai chân do tổn thương tủy. Người điều trị cần đứng gần người bệnh ở phía trước hay bên liệt để hỗ trợ người bệnh kịp thời khi cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 178)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP VỚI BÀN NGHIÊNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Bàn nghiêng được sử dụng như một phương tiện trợ giúp cho người bệnh thực hiện các thay đổi tư thế từ nằm sang đứng thẳng.

1.2. Tác dụng sinh lý

- Phòng ngừa và điều trị co cứng/co rút các khớp háng, gối, cổ chân.
- Tăng sức mạnh cơ chi dưới.
- Phòng chống loãng xương thông qua các bài tập chịu trọng lực.
- Phòng chống huyết khối tĩnh mạch, ngăn ngừa hình thành cục máu đông.
- Tăng cường cảm giác, cảm thụ bản thể.
- Chức năng nhận thức được cải thiện khi người bệnh ở tư thế đứng thẳng.
- Tăng thông khí, cải thiện chức năng hô hấp.
- Tạo thuận lợi cho người bệnh thực hiện các bài tập vận động vùng đai vai, hai tay và tập hô hấp.
- Nếu đặt người bệnh ở tư thế nằm sấp hoặc đầu dốc xuống trên bàn nghiêng, có tác dụng trợ giúp thực hiện các kỹ thuật dẫn lưu tư thế và kéo giãn cơ vùng cột sống.
- Phòng tránh loét do giảm áp lực tì đè lên vùng da nếu ngồi lâu.
- Phòng và điều trị tình trạng hạ huyết áp tư thế. Kỹ thuật này giúp người bệnh thay đổi tư thế từ từ, do đó các mạch máu co và giãn nở đáp ứng một cách thích hợp với sự thay đổi tư thế từ nằm sang ngồi hoặc đứng dậy.
- Tạo thuận cho hoạt động bài xuất nước tiểu của thận, bàng quang.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý thần kinh: các bệnh lý gây liệt vận động như liệt nửa người, liệt tủy, viêm đa rễ, dây thần kinh, xơ cứng rải rác... hoặc các bệnh lý gây rối loạn thăng bằng.
- Bệnh lý cơ xương khớp: co cứng hoặc co rút cơ khớp ở chi dưới, gãy xương đã bó bột hoặc phẫu thuật,...
- Bệnh lý hô hấp: viêm phổi, viêm phế quản mạn tính,...
- Bệnh lý tim mạch: hạ huyết áp tư thế,...
- Người bệnh mắc các bệnh mạn tính, nằm bất động lâu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh suy đa phủ tạng.
- Người bệnh đang trong giai đoạn cấp của các bệnh như thiếu máu cơ tim, suy hô hấp, tai biến mạch máu não,...

- Các chấn thương cấp chưa được xử trí như gãy xương, trật khớp, tổn thương phần mềm cấp.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, điều dưỡng.

4.2. Phương tiện

- Thực hiện kỹ thuật này ngay tại phòng bệnh, cạnh giường người bệnh.
- Kiểm tra lại toàn bộ hệ thống trục quay, dây đai cố định chắc chắn, đảm bảo hoạt động tốt.

4.3. Người bệnh

- Kiểm tra lại các thông tin về tình trạng bệnh lý, đo mạch, huyết áp, nhịp thở, đánh giá tri giác nhận thức.

- Lượng giá trước điều trị bao gồm tình trạng đau, mức độ co cứng, tầm vận động khớp, cơ lực,...

4.4. Hồ sơ bệnh án

Đối chiếu lại người bệnh và chỉ định điều trị.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bước 1. Giải thích cho người bệnh rõ về mục đích và các bước tiến hành kỹ thuật. Hướng dẫn người bệnh cách tự theo dõi các biến chứng hoặc tác dụng phụ không mong muốn, hoặc các biểu hiện bệnh lý cần cấp cứu ngay trong khi thực hiện kỹ thuật.

- Bước 2. Đặt người bệnh nằm ngửa trên bàn nghiêng, hai bàn chân đặt sát giá đỡ phía cuối. Cố định người bệnh chắc chắn trên bàn bằng cách sử dụng các dây đai vòng qua ngang qua ngực, hông và cẳng chân. Lưu ý không cố định quá chặt gây đau cho người bệnh hoặc cản trở lưu thông tuần hoàn máu.

- Bước 3. Từ từ nâng bàn nghiêng theo hướng cho người bệnh từ từ đứng thẳng. Những lần đầu thực hiện kỹ thuật chỉ nâng bàn nghiêng dốc khoảng 10° - 20° , sau đó trong những lần sau tăng dần lên 30° - 45° - 60° - 75° cho đến khi người bệnh có thể đứng thẳng. Thời gian thực hiện kỹ thuật cũng tăng dần từ 10 phút cho đến 30-45 phút tùy thuộc vào khả năng chịu đựng (thích nghi) của người bệnh nhưng không quá 45 phút.

- Bước 4. Trong suốt quá trình thực hiện kỹ thuật này phải theo dõi huyết áp, mạch, đồng thời nhận định sự thích ứng hoặc phản ứng của người bệnh. Nếu người bệnh cảm thấy đau, khó chịu, chóng mặt hoặc nghi ngờ có hạ huyết áp tư thế thì phải giảm độ nâng của bàn nghiêng (góc quay).

- Bước 5. Hết thời gian điều trị, từ từ hạ bàn nghiêng xuống trở lại vị trí nằm ngang. Lưu ý vẫn phải theo dõi phản ứng của người bệnh.

- Bước 6. Tháo các dây đai cố định, để người bệnh tiếp tục nằm ngửa trên bàn nghiêng trong vòng 5 phút, sau đó mới đưa người bệnh trở lại vào giường nằm. Kết thúc một quy trình điều trị.

- Thời gian: Có thể sử dụng kỹ thuật này 1- 2 lần/ngày.
- Lượng giá lại thông số về mạch, huyết áp, nhịp thở, tình trạng đau, mức độ co cứng, tầm vận động khớp, cơ lực,...sau điều trị.
- Ghi chép hồ sơ, phiếu theo dõi điều trị đầy đủ.

6. THEO DÕI

Trong suốt quá trình thực hiện kỹ thuật này phải theo dõi huyết áp, mạch, nhịp thở, sắc mặt, tình trạng tri giác của người bệnh nhằm phát hiện sớm các biến chứng hoặc tác dụng phụ không mong muốn xảy ra cho người bệnh.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tụt huyết áp tư thế: ngay lập tức đưa bàn nghiêng về vị trí nằm ngang ban đầu hoặc tư thế đầu dốc 10 độ. Đo lại huyết áp, có thể truyền dịch để nâng huyết áp.

- Người bệnh đau: kiểm tra lại hệ thống dây đai cố định, tư thế người bệnh trên bàn nghiêng, vị trí hai bàn chân đặt trên giá đỡ có đúng không. Nếu không có sai sót gì, có thể hạ thấp bàn nghiêng xuống một chút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 181)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP VỚI XE ĐẠP TẬP

1. ĐẠI CƯƠNG

Xe đạp tập là dụng cụ tập luyện trong phục hồi chức năng để làm tăng sức mạnh của cơ cũng như tầm vận động các khớp chi dưới, tăng khả năng giữ thăng bằng của người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tai biến mạch máu não, suy tim độ 1, 2.
- Chấn thương sọ não.
- Chấn thương cột sống, tổn thương tủy sống.
- Sau phẫu thuật chấn thương chỉnh hình.
- Các bệnh lý cơ xương khớp.
- Các bệnh hô hấp mạn tính: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, viêm phổi kẽ, bệnh bụi phổi, giãn phế quản, tràn dịch màng phổi, trước sau phẫu thuật lồng ngực,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trong cơn tăng huyết áp.
- Suy tim độ 3, 4.
- Nhồi máu cơ tim cấp.
- Cơn đau thắt ngực không ổn định.
- Người bệnh không hợp tác.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu, người đã được hướng dẫn.

4.2. Phương tiện

Xe đạp tập phục hồi chức năng.

4.3. Người bệnh

- Người bệnh mặc trang phục gọn gàng.
- Giải thích và hướng dẫn cách tập cho người bệnh.
- Kiểm tra xe và trở kháng phù hợp với người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giúp người bệnh ngồi lên yên xe, hai tay cầm vào tay nắm ghi đồng của xe (với người bệnh liệt chi trên dùng băng dán cố định tay người bệnh vào ghi đồng).

- 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 để xử trí kịp thời.

- Trường hợp người bệnh nặng người nhà có thể đứng bên cạnh hỗ trợ.

6. THEO DÕI

- Theo dõi có biểu hiện quá sức ở người bệnh.

- Theo dõi huyết áp.

- Theo dõi sự tiến triển của người bệnh để tăng hoặc giảm lực kháng trở.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tăng huyết áp: Nghỉ ngơi, thuốc hạ áp.

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.

- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng. (2014) (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 176)

2. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng. (2019) (Ban hành kèm theo Quyết định số 2520/QĐ-BYT ngày 18 tháng 6 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 186)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP VỚI GHẾ TẬP MẠNH CƠ TỨ ĐẦU ĐÙI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật dùng để người bệnh tập mạnh cơ tứ đầu đùi và tam đầu đùi.
- Ghế đặt cố định, có thể điều chỉnh được lực kháng trở tùy theo khả năng và sự tiến triển của người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Tập mạnh cơ tứ đầu đùi, tam đầu đùi có bậc thử cơ từ bậc 3 trở lên trong một số bệnh thần kinh trung ương, ngoại biên và bệnh lý hô hấp, tim mạch mạn tính:

- Tai biến mạch máu não, suy tim độ 1, 2.
- Chấn thương sọ não.
- Chấn thương tủy sống.
- Tổn thương thần kinh ngoại biên.
- Trước khi lắp chân giả.
- Sau phẫu thuật chấn thương chỉnh hình.
- Các bệnh lý cơ xương khớp.
- Các bệnh hô hấp mạn tính: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, viêm phổi kẽ, bệnh bụi phổi, giãn phế quản, tràn dịch màng phổi, trước sau phẫu thuật lồng ngực,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trong cơn tăng huyết áp.
- Suy tim độ 3, 4.
- Nhồi máu cơ tim cấp.
- Cơn đau thắt ngực không ổn định.
- Người bệnh không hợp tác.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu, phục hồi chức năng.

4.2. Phương tiện

Bộ ghế tập cơ tứ đầu đùi.

4.3. Người bệnh

- Người bệnh trang phục gọn gàng.
- Kiểm tra huyết áp trước khi tập.
- Giải thích và hướng dẫn cách tập cho người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Cho người bệnh ngồi ngay ngắn trên ghế tập, giữ thân mình thẳng, hai vai cân đối, để chân định tập vào đúng vị trí (tập lần lượt từng chân đối với những trường hợp cần tập 2 chân).

- Kỹ thuật viên điều chỉnh kháng lực phù hợp với người bệnh.

- Tiến hành tập gấp duỗi gối 10-20 lần, nghỉ 2-3 phút sau đó tiếp tục tập cho đến khi hết thời gian.

- Thời gian tập từ 15-30 phút tùy theo tình trạng sức khỏe cũng như khả năng của người bệnh.

6. THEO DÕI

- Theo dõi có biểu hiện quá sức ở người bệnh.

- Theo dõi huyết áp.

- Không để người bệnh làm cử động thay thế (gập háng, nhắc mông,...)

- Theo dõi sự tiến triển của người bệnh để tăng hoặc giảm lực kháng trở.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tăng huyết áp: Nghỉ ngơi, thuốc hạ áp.

- Đau cơ: thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.

- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 174)

2. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2019), (Ban hành kèm theo Quyết định số 2520/QĐ-BYT ngày 18 tháng 6 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 184)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP CÁC KIỂU THỞ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tập thở là kỹ thuật làm giãn nở lồng ngực nhờ tăng cường các cơ hô hấp và nhằm tạo được kiểu thở đúng, có hiệu quả.

- Tập thở là kỹ thuật được áp dụng rộng rãi để điều trị ở bất cứ nơi nào mà người bệnh có yêu cầu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định rộng rãi với những người vì bất kỳ lý do nào đó mà gây ra nhịp thở không bình thường, các bệnh lý đường hô hấp.

- Các bệnh phổi nguyên phát hoặc thứ phát, bệnh cơ thắt phế quản, tắc đường thở, xẹp phổi, viêm xơ hang phổi, tắc mạch phổi, phù phổi, suy tim có ứ đọng máu ở phổi, suy giảm thông khí phổi.

- Trước hoặc sau phẫu thuật: lồng ngực, tim mạch, phổi, bụng, vẹo cột sống.

- Các bệnh thần kinh yếu cơ, nhược cơ, Guillain-barre, tổn thương tủy sống,...

- Hạn chế hô hấp do béo bệu, các dị tật hệ cơ xương, chướng hơi đầy bụng, phụ nữ có thai, người bệnh nằm lâu ngày do liệt hoặc do suy nhược có khuynh hướng giảm thông khí và gây ứ đọng đờm dãi.

- Căng thẳng, lo âu, suy nhược thần kinh.

- Dùng thuốc mê hoặc dùng thuốc quá liều.

- Rối loạn chuyển hóa nhưng còn đáp ứng bù trừ. Những người thở bằng máy làm cho cơ hoành rối loạn điều hợp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Cần thận trọng các trường hợp lao phổi đợt cấp, chấn thương lồng ngực, cơ hoành khi chưa được xử trí, tràn khí màng phổi.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên Vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Máy đo nồng độ O₂ và CO₂ (nếu có).

- Giường, bàn ghế, ống nghe, máy đo huyết áp.

- Gương soi, gối kê lót, khăn mềm.

- Máy khí dung, máy tập thở (nếu có).

- Các dụng cụ tập thở cho trẻ em như: bóng hơi, cốc nước, ống thông,...

4.3. Người bệnh

- Tinh thần thư giãn, thoải mái, sẵn sàng tập thở.

- Quần áo nới rộng.
- Chuẩn bị tư thế: nằm ngửa, ngồi-đứng-đi, lên xuống cầu thang.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chép đầy đủ các tình trạng bệnh lý của người bệnh.
- Nắm vững các chỉ định và chống chỉ định của bác sĩ phục hồi chức năng.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tâm lý tiếp xúc

- Giải thích cặn kẽ lý do, mục tiêu, mục đích tập thở cho người bệnh và gia đình để hợp tác điều trị.
- Hướng dẫn người bệnh tập thở tại nhà.

5.2. Kỹ thuật

Thở bằng cơ hoành (cơ hoành tham gia thì thở vào).

Nằm ngửa: đầu gối gập 45°, khớp háng xoay ngoài:

- Kỹ thuật viên đặt một hoặc hai tay lên góc sườn hoành theo nhịp thở của người bệnh. Khi người bệnh thở ra tay kỹ thuật viên ép nhẹ vào ngực. Khi người bệnh thở vào lồng ngực kháng lại tay kỹ thuật viên để nâng lên, tiếp sau bụng sẽ nâng lên theo, tập như vậy nhiều lần một cách nhịp nhàng. Người bệnh hít vào bằng mũi, thở ra bằng mồm.

- Để người bệnh tự đặt tay vào góc sườn hoành, tự ép nhẹ khi thở ra, khi người bệnh hít vào lồng ngực tự đẩy ra. Kỹ thuật viên theo dõi, đánh giá kết quả.

Tư thế ngồi: người bệnh thư giãn, ngồi thẳng bằng, tay đặt lên góc sườn hoành, tiếp tục tập thở.

Tư thế đứng: tập thở trước gương soi để người bệnh tự kiểm tra việc thở.

Tập thở phân thùy hoặc cạnh sườn: tập trung vào vùng tổn thương. Tùy theo vị trí vùng tổn thương mà kỹ thuật viên đặt tay lên thành ngực tương ứng: cạnh sườn một hoặc hai bên, phía trước hạ sườn,...

- Ở cuối thì thở ra tay kỹ thuật viên ấn đẩy lồng ngực, lồng ngực người bệnh kháng lại tay kỹ thuật viên ở thì hít vào.

- Yêu cầu người bệnh hít sâu vào và nín thở trong một thời gian, sau đó thở ra chậm, đều.

Kỹ thuật viên đánh giá áp lực khi ấn đẩy lồng ngực, điều chỉnh kỹ thuật cho phù hợp để việc tập thở có hiệu quả cao nhất.

Tập thở bằng dụng cụ (bóng bay, ống thổi có khắc số, ống dẫn trong cốc nước, tờ giấy mỏng, thở vào gương,...) kỹ thuật này chủ yếu áp dụng với trẻ em.

6. THEO DÕI

6.1. Khi tập thở

- Tình trạng toàn thân, sắc mặt, màu sắc da, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở.

- Di động của lồng ngực, cơ hoành (nâng lên khi hít vào). s

6.2. Sau tập thở

- Theo dõi tính độc lập chủ động tự tập thở của người bệnh, nhịp thở, kiểu thở.
- Kỹ thuật viên theo dõi kết quả luyện tập: thở đúng.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Mệt mỏi, mất cân bằng, choáng váng, mạch tăng: ngừng tập, báo cáo ngay cho bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng để kịp thời xử trí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 184)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT VỠ, RUNG LÒNG NGỰC

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vỡ, rung lòng ngực có tính chất cơ học làm long dịch tiết, long đờm, sau đó dẫn ra các phế quản rộng hơn để thoát ra ngoài nhờ phản xạ ho và khạc, hoặc dùng máy hút nếu người bệnh không tự ho được.

- Kỹ thuật vỡ, rung lòng ngực được tiến hành xen kẽ trong thời gian dẫn lưu tư thế và kết hợp tập thở và ho.

2. CHỈ ĐỊNH

- Giãn phế quản, bệnh xơ nang, các bệnh tăng bài tiết đờm dãi,... viêm phổi, xẹp phổi do ứ đọng, viêm phế quản, hen phế quản.

- Người bệnh nằm một chỗ lâu ngày do bất động.

- Các bệnh tắc nghẽn dịch trong khi hôn mê,...

- Một số trường hợp sau phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những trường hợp có nguy cơ chảy máu.

- Chấn thương lồng ngực chưa xử trí.

- Người bệnh suy kiệt nặng.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên Vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Máy hút.

- Khay quả đậu, khăn tay, giấy lau.

- Máy đo huyết áp, ống nghe.

- Gối kê lót.

- Khẩu trang.

- Phim chụp X-quang, đèn đọc phim X-quang.

4.3. Người bệnh

- Kiểm tra mạch, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở.

- Chuẩn bị vùng tập trung nhiều ứ đọng dịch tiết.

- Lưu ý đến các ống thông, các dây nối trên người bệnh.

- Nói rộng quần áo và tiến hành vỡ, rung khi người bệnh không ăn no.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Kỹ thuật viên nắm vững nguyên nhân, tiền sử, quá trình diễn biến và chẩn đoán của người bệnh.
- Biết được vùng cần tập trung cho việc vỗ, rung.
- Hiểu được chỉ định và chống chỉ định của bác sĩ chuyên khoa.
- Đọc được kết quả tổn thương trên phim X-quang.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tâm lý tiếp xúc

Tạo tâm lý tiếp xúc tốt với người bệnh, giải thích rõ cho người bệnh và người nhà hiểu được bệnh tật của mình để tạo ra sự hợp tác chặt chẽ.

5.2. Thực hiện kỹ thuật

5.2.1. Kỹ thuật vỗ lồng ngực

- Bằng áp lực của lòng bàn tay do chụm khép các ngón tay lại, tiến hành vỗ để tạo ra một đệm không khí giữa lòng bàn tay và thành ngực của người bệnh.
- Vỗ nhịp nhàng, đều đặn, di chuyển đều trên thành ngực người bệnh.
- Thời gian vỗ kéo dài từ 3 đến 5 phút.
- Cần lưu ý việc vỗ với các người bệnh:
 - + Gầy, béo.
 - + Người bệnh nữ (vùng vú).
 - + Có vùng da dễ bị mẫn cảm.
 - + Người bệnh là trẻ em, cụ già.

5.2.2. Kỹ thuật rung lồng ngực

- Khác với vỗ, rung làm bằng việc căng các cơ vùng vai đến hai bàn tay của kỹ thuật viên.
- Rung bằng hai bàn tay chồng lên nhau hoặc hai bàn tay rung ở hai vị trí khác nhau trên thành ngực người bệnh.
- Rung chỉ làm ở cuối thì hít vào và kéo dài cho đến khi kết thúc thì thở ra.
- Rung kết hợp trong dẫn lưu tư thế, người bệnh phải hít vào thật sâu, thở ra mạnh và dài. Rung kết hợp với việc ho và khạc để tống chất dịch ra ngoài.
- Lưu ý: khi làm rung đối với các người bệnh là trẻ em phải điều chỉnh các đầu ngón tay để tạo ra áp lực thích hợp, luôn luôn kết hợp dẫn lưu tư thế và dùng máy hút để lấy dịch ứ đọng ra ngoài.
- Khi thực hiện kỹ thuật việc rung lồng ngực, KTV rất mệt và người bệnh cũng mệt do tư thế dẫn lưu, do phải thở ra mạnh và do phải ho khạc đờm ra ngoài.
- Thời gian rung kéo dài từ 10 đến 15 phút/lần.

6. THEO DÕI

- Tình trạng người bệnh, sắc mặt, mạch, nhịp thở, nồng độ O₂ và CO₂.
- Theo dõi giãn nở lồng ngực và cơ hoành.
- Theo dõi ho, khạc đờm và dịch tiết ra (số lượng, màu sắc, độ quánh,...)
- Theo dõi vùng da ở gần các xương.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tổn thương lồng ngực: da, xương sườn,... do kỹ thuật vỗ, rung sai.
- Nếu nhịp thở không đều, huyết áp thay đổi thất thường, sắc màu da kém,... phải dừng vận động, báo cáo cho bác sĩ chuyên khoa về để kịp thời xử trí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 189)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT KÉO NẴN TRỊ LIỆU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tắc nghẽn khớp là sự hạn chế độ trượt các diện của mỗi khớp lên nhau, do rối loạn điều hòa cơ, sau chấn thương, một số bệnh khớp, kích thích phản xạ bệnh lý nội tạng.

- Triệu chứng: đau khớp đột ngột, hạn chế động tác, đau có thể tái phát khi có sự thay đổi trạng thái như hành kinh, thời tiết thay đổi, dùng các thuốc giảm đau chỉ giảm tạm thời. Chụp X-quang và các xét nghiệm bình thường.

2. CHỈ ĐỊNH

Khi có tắc nghẽn khớp độ II

Stoddart phân ra làm 5 mức độ:

- Độ 0: Cứng khớp, do nguyên nhân bệnh lý nào đó làm cho 2 đầu xương của khớp bị dính lại.

- Độ I: Tắc nghẽn nặng, trong trường hợp này người bệnh đau nhiều và hạn chế cử động. Không nên kéo nắn trực tiếp mà phải chuẩn bị tốt bằng điều trị vật lý như nhiệt nóng trị liệu, xoa bóp trị liệu, di động khớp sau đó mới tiến hành kéo nắn.

- Độ II: Tắc nghẽn khớp thực sự, chỉ định kéo nắn là tốt nhất.

- Độ III: Khớp hoạt động bình thường không cần kéo nắn.

- Độ IV: Khớp bị lỏng không cần kéo nắn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương, trật khớp, đứt dây chằng khớp.

- Các khối u lành tính và ác tính.

- Các trường hợp có nguy cơ chảy máu.

- Bệnh lý: viêm tủy, lao cột sống, chấn thương cột sống, hội chứng rễ,...

- Người cao tuổi, trẻ nhỏ, phụ nữ có thai.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên vật lý trị liệu, bác sĩ phục hồi chức năng.

4.2. Phương tiện

- Bàn tập chắc chắn, ổn định. Nếu có thể điều chỉnh độ cao của bàn cho phù hợp với người điều trị thì càng tốt.

- Dây đai khi cần dùng đến.

4.3. Người bệnh

- Để người bệnh nằm ở tư thế thoải mái, phù hợp.

- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, các xét nghiệm liên quan.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án, phiếu điều trị vật lý, các xét nghiệm liên quan.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

5.2. Kiểm tra người bệnh

Tâm lý trị liệu để người bệnh phối hợp tham gia.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Kéo nắn là thao tác “ép” khớp ở cuối tầm vận động trượt cổ lên nhau theo tầm độ và hướng vận động bình thường của khớp; hoặc trượt lên nhau theo hướng trước-sau hoặc bên-bên.

- Có thể kéo nắn để giải phóng tắc nghẽn các khớp ở chi, cột sống.

6. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp và tình trạng người bệnh trước và sau thực hiện kỹ thuật kéo nắn.

- Theo dõi người bệnh có bị chấn thương hay không.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến: chấn thương khớp, gãy xương, đau.

- Xử trí: giảm đau, xử trí theo mức độ chấn thương.

- Rất thận trọng khi kéo nắn cột sống cổ vì có thể gây chấn thương tủy sống dẫn đến liệt tứ chi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 194)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT DI ĐỘNG KHỚP

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Di động khớp là các vận động cần thiết cho các chức năng thông thường của khớp qua tầm vận động mà người bệnh không thể tự thực hiện được như kéo, tách, trượt, ép, lăn và xoay tròn của các mặt khớp. Đây là loại vận động phụ trợ của khớp.

1.2. Các loại kỹ thuật

Có 7 loại kỹ thuật di động khớp gồm: trượt khớp, kéo nắn khớp, lăn khớp, xoay tròn khớp, kéo dẫn khớp khi trượt, kéo tách khớp, ép khớp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau, giảm co cứng cơ và co thắt cơ
- Điều trị sự giảm vận động khớp hai chiều
- Điều trị các giới hạn tầm vận động khớp tiến triển
- Điều trị khi người bệnh phải bất động chức năng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Khớp vận động lỏng lẻo do bị hoại tử, rách, đứt các dây chằng và bao khớp.
- Tràn dịch khớp do chấn thương, do bệnh gây ra.
- Nhiễm trùng khớp.

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Người bệnh có các khối u ác tính.
- Người bệnh có bệnh lý về xương có thể phát hiện bằng X-quang.
- Người bệnh gãy xương chưa lành (tùy vào vị trí gãy và kỹ thuật cố định).
- Người bệnh đau quá mức (xác định nguyên nhân gây đau).
- Khớp tăng động trong phản ứng liên hợp của các khớp.
- Người bệnh đã được phẫu thuật thay khớp toàn bộ.

4. CHUẨN BỊ THỰC HIỆN

4.1. Người thực hiện

- Kỹ thuật di động khớp nói chung có thể được thực hiện bởi các kỹ thuật viên đã được huấn luyện cẩn thận về thực hành kỹ thuật.

- Riêng kỹ thuật kéo nắn cần được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng đã được huấn luyện thực hành kỹ thuật này.

4.2. Phương tiện

Bàn tập, phấn rôm.

4.3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích rõ mục đích của kỹ thuật.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Người thực hiện kỹ thuật ghi rõ trong hồ sơ bệnh án thời gian thực hiện, loại kỹ thuật di động khớp sẽ thực hiện trên người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ và lựa chọn kỹ thuật

- Để điều trị tình trạng đau kéo dài: nên sử dụng các kỹ thuật lắ khớp. Để điều trị tình trạng mất vận động trượt khớp làm hạn chế vận động: nên sử dụng các kỹ thuật trượt khớp. Để duy trì tầm vận động khớp: nên sử dụng các kỹ thuật lắ khớp hoặc trượt khớp ở mức độ 2.

- Để duy trì sự trượt khớp: khi không thể sử dụng các kỹ thuật tập theo tầm vận động hoặc khớp không được cử động trong một khoảng thời gian thì sử dụng kỹ thuật lắ khớp ở mức độ 2 hay kéo dẫn khớp ở mức độ 2.

- Nên sử dụng kỹ thuật trượt khớp cùng với các kỹ thuật kéo dẫn khớp mức độ 1. Tránh sử dụng kỹ thuật kéo dẫn khớp mức độ 2 hoặc 3 cùng lúc với kỹ thuật trượt khớp mức độ 3 vì sẽ gây tổn thương thêm cho khớp.

- Khi sử dụng các kỹ thuật kéo dẫn khớp: đầu tiên cử động phân xương chung qua tầm trượt khớp cho phép để làm mềm khớp, khi cảm thấy kháng trở thì áp dụng kỹ thuật kéo dẫn hoặc tách khớp để vượt qua sự kháng trở đó.

5.2. Bước 2. Kiểm tra người bệnh

Người bệnh và các chi được điều trị ở trong tư thế thư giãn, chắc chắn. Các bài tập thư giãn có thể sử dụng trước và trong khi áp dụng các kỹ thuật di động khớp.

5.3. Bước 3. Vị trí của khớp

Khớp được đặt trong vị trí được nghỉ ngơi, bao khớp được thư giãn tối đa để ít gây đau nhất.

5.4. Bước 4. Thực hiện cố định tốt

Có thể cố định bằng băng, đai, băng tay của người điều trị. (Thường là cố định ở phần gần trung tâm xương)

5.5. Bước 5. Cung cấp lực điều trị

- Lực điều trị tác động ở càng gần mặt khớp càng tốt. Bề mặt tiếp xúc càng lớn thì các thao tác càng dễ dàng và thoải mái.

- Người điều trị sử dụng phần mặt phẳng của bàn tay để cung cấp lực tác động.

5.6. Bước 6. Xác định hướng của vận động

- Người điều trị phải xác định được hướng của vận động là vuông góc trong kỹ thuật kéo dẫn khớp và tách khớp hay là song song với mặt phẳng điều trị trong kỹ thuật trượt khớp.

- Mặt phẳng điều trị là mặt phẳng vuông góc với đường thẳng từ trục của xương xoay vòng đến điểm giữa mặt lõm của bề mặt khớp. Mặt phẳng điều trị là phần mặt lõm do đó vị trí của nó được xác định bởi vị trí của xương lõm.

5.7. Bước 7. Tốc độ, nhịp điệu và thời gian thực hiện kỹ thuật di động khớp

5.7.1. Đối với kỹ thuật lắc khớp

- Áp dụng nhịp nhàng, lắc đều 2-3 lần trong một giây trong thời gian 1-2 phút.
- Có thể thực hiện với biên độ thấp và tốc độ cao để ức chế đau hay biên độ thấp và tốc độ chậm để thư giãn cơ bảo vệ.

5.7.2. Đối với kỹ thuật kéo dẫn khớp

- Nếu các khớp đau nhiều, áp dụng kỹ thuật kéo ngắt quãng trong 10 giây, nghỉ vài giây giữa các lần kéo dẫn.

- Nếu các khớp có hạn chế vận động, sử dụng kỹ thuật kéo dẫn khớp với lực nhỏ trong 6 giây, sau đó giảm lực một phần đến mức độ 1 hoặc 2 rồi lặp lại trong khoảng 3-4 giây.

6. THEO DÕI

6.1. Ngày đầu tiên điều trị

Đề khớp nghỉ ngơi hoặc thư giãn tối đa để giảm đau và làm mềm khớp.

6.2. Ngày thứ hai

- Nếu đau tăng lên, tăng nhạy cảm khớp, giảm xuống vận động lắc mức độ 1.
- Nếu không đau hay khớp dễ chịu hơn, làm lại kỹ thuật kéo dẫn khớp mức độ 2 nếu mục đích điều trị để duy trì trượt khớp hoặc sử dụng bài tập kéo dẫn mức độ 3, trượt khớp mức độ 3 nếu mục đích điều trị là tăng cường trượt khớp.

6.3. Những ngày tiếp theo

- Khi tầm vận động khớp đã khá lên hoặc vận động khớp hết tầm vận động, sử dụng các kỹ thuật kéo dẫn mức độ 3, trượt khớp mức độ 3.

- Tăng tiến điều trị bằng sử dụng kỹ thuật xoay một phần ở cuối tầm vận động trước khi trượt hay kéo dẫn khớp mức độ 3.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Rách mô cơ, dây chằng, bao khớp hay trật khớp có thể xảy ra nếu thực hiện kỹ thuật di động khớp quá mức hay không đúng, giật cục.

- Xử trí: Cần sử dụng những biện pháp điện trị liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 196)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT DI ĐỘNG MÔ MỀM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Di động mô mềm là kỹ thuật được thực hiện bằng tay, sử dụng những lực kéo dẫn nhỏ tác động đến các tổ chức mềm như da, tổ chức dưới da, cơ, gân mạc, dây chằng, bao khớp để làm tăng sự mềm dẻo, di động của những tổ chức này.

- Mục đích và tác dụng:

- + Lưu thông tuần hoàn máu, bạch huyết.
- + Giảm phù nề tại chỗ, giúp phục hồi các mô bị tổn thương.
- + Thư giãn cơ bị co cứng giúp gia tăng tầm vận động khớp, phục hồi các chức năng vận động.
- + Phá vỡ sự kết dính, làm mềm các mô sẹo hoặc các tổ chức xơ sợi, kém đàn hồi.
- + Giảm đau, thư giãn, phục hồi sức khỏe.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hạn chế tầm vận động khớp do nguyên nhân mô mềm.
- Sẹo bỏng ngoài da.
- Co cứng cơ trong các bệnh lý cột sống như thoái hóa, biến dạng bẩm sinh, thoát vị đĩa đệm,...
- Viêm bao gân vùng mỏm trâm quay, viêm lồi cầu xương cánh tay, ngón tay lò xo, hội chứng đường hầm cổ tay,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương ngoài da cấp tính như loét, vết thương hở, viêm nhiễm khuẩn.
- Bệnh tự miễn, tắc mạch.
- Các tổn thương tại xương khớp như gãy xương, trật khớp.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Bàn (giường) tập.
- Gối kê đỡ các loại.

4.3. Người bệnh

- Kiểm tra lại các thông tin về tình trạng bệnh lý toàn thân cũng như tại chỗ như mạch, huyết áp, tri giác nhận thức.

- Lượng giá trước điều trị bao gồm tình trạng đau, mức độ co cứng, tầm vận động khớp, cơ lực, cảm giác,...

4.4. Hồ sơ bệnh án

Đối chiếu lại người bệnh và chỉ định điều trị.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giải thích cho người bệnh rõ về mục đích, các bước tiến hành kỹ thuật. Hướng dẫn người bệnh cách theo dõi các biến chứng hoặc tác dụng phụ không mong muốn, hoặc các biểu hiện bệnh lý cần cấp cứu ngay trong khi thực hiện kỹ thuật.

- Hướng dẫn người bệnh tư thế nằm hoặc ngồi đúng, thoải mái, thuận tiện để có thể thực hiện được kỹ thuật.

- Nhẹ nhàng thực hiện các thao tác xoa bóp, kéo giãn theo chiều dọc, di động theo chiều ngang kết hợp với lực ép xuống thích hợp nhằm làm di động các tổ chức phần mềm, trong khi không gây cảm giác khó chịu hay đau đớn cho người bệnh.

- Trong khi thực hiện kỹ thuật, phải luôn lưu ý hỏi người bệnh về cảm giác của họ (đau, khó chịu, căng tức,...hay thoải mái, thư giãn, giảm đau) để quyết định lực tác động thích hợp.

- Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-30 phút cho 1 nhóm cơ hay một đoạn chi, một vùng cơ thể tùy theo tình trạng bệnh lý.

- Kết thúc kỹ thuật phải kiểm tra lại tình trạng đau, mức độ co cứng, tầm vận động khớp, cơ lực, cảm giác của người bệnh.

- Ghi chép hồ sơ bệnh án.

6. THEO DÕI

Tại vùng điều trị cần theo dõi phát hiện sớm các biến chứng thứ phát như đau, phù nề, tăng co cứng cơ hoặc các biểu hiện viêm tại chỗ do lực tác động quá lớn hoặc không đúng.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.

- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 200)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP VẬN ĐỘNG CHUỖI ĐÓNG VÀ CHUỖI MỞ

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Vận động chuỗi là chuỗi liên kết hoạt động giữa các hệ thống để tạo ra cử động của con người, các hệ thống đó bao gồm hệ thống cơ, thần kinh và hệ thống xương với sự phụ thuộc lẫn nhau giữa chúng.

1.2. Có hai loại bài tập chuỗi là bài tập chuỗi đóng và bài tập chuỗi mở

1.2.1. Các bài tập chuỗi đóng (Closed Kinetic Chain Exercises-CKCE)

- Là các bài tập được thực hiện khi bàn chân (đối với cử động của chân) hay bàn tay (đối với cử động của tay) ở trong vị thế cố định, không di chuyển trong suốt bài tập, bàn tay hay bàn chân duy trì sự tiếp xúc hằng định với một mặt phẳng, thông thường là mặt đất, bàn đạp chân của xe đạp hay tay cầm của máy tập.

- Những bài tập này là bài tập chịu sức nặng bao gồm cả sức nặng cơ thể hay sức nặng ngoại lai như tạ, lò xo.

1.2.2. Các bài tập chuỗi mở (Opened Kinetic Chain Exercises-OKCE)

- Là các bài tập được thực hiện khi bàn chân (đối với cử động của chân) hay bàn tay (đối với cử động của tay) cử động tự do và được thực hiện trong vị thế không chịu sức nặng.

- Sức đề kháng thông thường được đặt ở đoạn xa của chi thể và cử động thường xuất hiện trên một khớp bản lề như khớp khuỷu hay khớp gối.

1.3. Các đặc điểm của bài tập vận động chuỗi đóng và chuỗi mở

Đặc điểm	Bài tập chuỗi đóng	Bài tập chuỗi mở
Mẫu tác động lực	Đường thẳng, lực ép	Xoay, lực cắt
Số khớp trực	Nhiều khớp	Một khớp chính
Trạng thái phân đoạn khớp	Cả hai đoạn đều cử động đồng thời	Một đoạn cố định, một đoạn cử động
Số lượng khớp di chuyển	Cử động nhiều khớp	Cử động một khớp phân lập
Mặt phẳng cử động	Đa chiều	Một chiều
Sự liên quan hoạt động của các cơ	Đồng cơ cơ rõ rệt	Cơ một cơ phân lập hay động cơ cơ tối thiểu
Mẫu cử động	Cử động chức năng	Thông thường cử động trực

2. CHỈ ĐỊNH

- Cả hai loại bài tập chuỗi đóng và bài tập chuỗi mở đều có vai trò quan trọng trong giai đoạn cuối của chương trình phục hồi chức năng.

- Các bài tập chuỗi đóng cho phép khởi động chương trình tập nhanh hơn và ít tạo sức căng trên mô vùng xung quanh hơn.

- Các bài tập chuỗi mở cho phép tầm vận động lớn hơn và có thể sử dụng trong các hoạt động khởi động trong thể thao.

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ phục hồi chức năng, kỹ thuật viên Vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Bàn tập hay nệm tập sàn nhà, cầu thang tập, xe đạp tập, máy tập tay, tạ các loại,... Phòng tập có đủ không gian cho người bệnh tập một cách an toàn.

4.3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích rõ mục đích của kỹ thuật.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Người thực hiện kỹ thuật ghi rõ trong hồ sơ bệnh án thời gian thực hiện, loại bài tập chuỗi đóng hay chuỗi mở sẽ thực hiện trên người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ và lựa chọn bài tập

Lựa chọn bài tập vận động bài tập chuỗi đóng hay chuỗi mở dựa trên quy mô vùng thân thể cần được tập luyện, mục đích tập. Đây là loại bài tập thường liên quan đến nhiều khớp, nhiều cơ trong cơ thể.

5.2. Bước 2. Kiểm tra người bệnh

- Trình bày động tác tập để người bệnh hiểu, có thể làm mẫu nhiều lần trước khi người bệnh tự thực hiện động tác. Mỗi cử động phải theo một trình tự đúng, từ vị trí khởi đầu, cử động đến hết tầm hoạt động của khớp, rồi lại trở về vị trí khởi đầu, xong lại tiếp tục lần lặp lại khác.

- Các động tác tập không quá dễ cũng không quá khó đối với khả năng thực hiện của người bệnh. Nếu có cử động thay thế là do động tác tập quá nặng, tạ quá trọng lượng hoặc do người bệnh chưa thể thực hiện bài tập một cách chủ động.

5.3. Bước 3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Các bài tập chuỗi đóng

- Đối với chi trên: Chống đẩy (hít đất, đẩy tường), chống trên hai tay trong vị trí quỳ, kéo xà, tập mạnh các cơ vai, cánh tay bằng máy tập có tay cầm,...

- Đối với chi dưới: Ngồi xổm đứng dậy, đạp hai chân trên bàn tập đứng,...

5.3.2. Các bài tập chuỗi mở

- Đối với chi trên: Các bài tập chủ động tự do hai tay có cầm tạ tay hay không,...

- Đối với chi dưới: Nằm ngửa nâng chân lên háng gập gối duỗi thẳng, đạp xe trên không, nằm sấp nâng chân với háng duỗi gối gập,...

6. THEO DÕI

6.1. Ngày đầu tiên điều trị

Người bệnh cảm thấy thoải mái, các cơ được thư giãn tối đa, giảm đau và làm mềm khớp.

6.2. Ngày thứ hai

- Nếu người bệnh mệt tăng lên, đau tăng lên, tăng nhạy cảm khớp, giảm cường độ tập và thời gian tập xuống.

- Nếu không đau hay khớp dễ chịu hơn, lặp lại bài tập với cường độ và thời gian như trước.

6.3. Những ngày tiếp theo

Theo dõi và tăng dần cường độ tập hoặc có thể kéo dài thời gian tập mà không làm người bệnh mệt mỏi hoặc đau tăng lên.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tăng huyết áp: Nghỉ ngơi, thuốc hạ áp.

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.

- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 202)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ỨC CHẾ CO CỨNG TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Co cứng là sự tăng của trương lực cơ cùng với sự phóng đại của các phản xạ gân xương do cung phản xạ cơ bị kích thích quá mức. Co cứng là hậu quả của tổn thương bó tháp, đồng thời đó cũng là một thành phần nằm trong hội chứng Neuron vận động trên.

1.2. Biểu hiện lâm sàng

Tăng trương lực cơ, tăng phản xạ gân xương, hạn chế hoặc mất vận động tự chủ ở tay.

1.3. Hậu quả của co cứng

Giảm hoặc mất khả năng vận động của tay và toàn thân, ảnh hưởng đến chăm sóc và điều trị, khó hoặc không thực hiện các hoạt động tự chăm sóc bản thân trong đời sống và sinh hoạt thường ngày.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khi co cứng ảnh hưởng vận động, thực hiện chức năng của tay và toàn thân.
- Trước khi tập vận động và hoạt động trị liệu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi người bệnh không có biểu hiện co cứng.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Kỹ thuật viên đã được đào tạo và thành thạo kỹ thuật.
- Người nhà hoặc bản thân người bệnh đã được hướng dẫn đầy đủ.

4.2. Phương tiện

- Giường bệnh hoặc giường tập.
- Bàn ghế, nệm, túi cát,...

4.3. Người bệnh

Thông báo, giải thích rõ ràng để người bệnh và gia đình yên tâm và chủ động phối hợp.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu điều trị vật lý có chỉ định của bác sĩ:

- Ngày điều trị, giờ điều trị.
- Tình trạng người bệnh trước trong và sau khi tập.
- Tên kỹ thuật viên thực hiện y lệnh.

5. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của Bác sĩ.
- Tên kỹ thuật viên thực hiện y lệnh.

5.2. Bước 2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng người bệnh trước khi tập.
- Đánh giá tình trạng co cứng: vị trí, mức độ.

5.3. Bước 3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Ở tư thế nằm

- Kỹ thuật vị thế: Người bệnh nằm ở vị thế chống lại mẫu co cứng.
- Ưc chế co cứng: Người tập thực hiện các động tác vận động ngược lại với mẫu co cứng, cụ thể là đưa xương bả vai lên trên và ra trước; dạng và xoay ngoài khớp vai; duỗi khớp khuỷu và xoay ngửa cẳng tay; gấp khớp cổ tay về phía mu bàn tay; duỗi, dạng ngón tay cái và các ngón khác.

5.3.2. Ở tư thế ngồi

- Kỹ thuật vị thế ức chế co cứng: Ghế ngồi có chiều cao phù hợp với người bệnh; đầu, thân mình thẳng, cân xứng hai bên, hai vai cân đối; trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông và hai chân; bàn chân sát trên sàn nhà, khớp cổ chân, khớp gối, khớp háng vuông góc; lưng thẳng.
- Kỹ thuật ức chế co cứng: Ngồi dồn trọng lượng lên tay liệt ở tư thế tay liệt duỗi, xoay ngửa, khớp khuỷu duỗi, khớp cổ tay gấp mặt mu; ngón tay cái và các ngón tay khác duỗi, dạng.

5.3.3. Ở tư thế đứng

Dồn trọng lượng lên tay liệt ở tư thế đứng với tay liệt duỗi, xoay ngửa, khớp khuỷu duỗi, khớp cổ tay gấp mặt mu; ngón tay cái và các ngón tay khác duỗi, dạng.

6. THEO DÕI

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tập.
- Theo dõi phát hiện các dấu hiệu bất thường.
- Nếu có bất thường xử trí kịp thời theo đúng phác đồ, báo cáo bác sĩ.
- Ghi chép hồ sơ bệnh án: Tình trạng người bệnh trong và sau khi tập.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.
- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 205)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ỨC CHẾ CO CỨNG CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Co cứng là sự tăng của trương lực cơ cùng với sự phóng đại của các phản xạ gân xương do cung phản xạ cơ bị kích thích quá mức. Co cứng là hậu quả tổn thương bó tháp, và đó cũng là một thành phần nằm trong hội chứng Neuron vận động trên.

1.2. Biểu hiện lâm sàng

Tăng trương lực cơ, tăng phản xạ gân xương, hạn chế hoặc mất vận động tự chủ ở chân và nửa người bị liệt.

1.3. Hậu quả của co cứng

Giảm hoặc mất khả năng vận động, ảnh hưởng đến chăm sóc và điều trị, khó hoặc không thực hiện các hoạt động tự chăm sóc bản thân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khi co cứng ảnh hưởng đến vận động, thực hiện chức năng.
- Trước khi tập vận động và hoạt động trị liệu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi người bệnh không có biểu hiện co cứng.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Kỹ thuật viên đã được đào tạo và thành thạo kỹ thuật.
- Người nhà hoặc bản thân người bệnh đã được hướng dẫn đầy đủ.

4.2. Phương tiện

- Giường bệnh hoặc giường tập.
- Bàn ghế, nệm, túi cát,...

4.3. Người bệnh

Thông báo, giải thích rõ ràng để người bệnh và gia đình yên tâm và chủ động phối hợp.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu điều trị vật lý có chỉ định của bác sĩ:

- Ngày điều trị, giờ điều trị.
- Tình trạng người bệnh trước trong và sau khi tập.
- Tên kỹ thuật viên thực hiện y lệnh.

5. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của Bác sĩ.
- Tên kỹ thuật viên thực hiện y lệnh.

5.2. Bước 2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng người bệnh trước khi tập.
- Đánh giá tình trạng co cứng: vị trí, mức độ.

5.3. Bước 3. Thực hiện kỹ thuật

a) Ở tư thế nằm

Kỹ thuật vị thế: Người bệnh nằm ở vị thế chống lại co cứng.

Ức chế co cứng:

- Người tập giúp hoặc hướng dẫn người bệnh nằm ngửa, hai chân gấp, cài các ngón hai bàn tay vào nhau, vòng hai tay qua hai khớp gối, kéo hai khớp gối về phía ngực; đồng thời nâng đầu, vai và thân mình phía trên lên khỏi mặt giường, giữ như vậy trong một và phút sau đó trở về vị trí ban đầu.

- Làm cầu, dồn trọng lượng lên hai chân, sau đó dồn trọng lượng lên chân liệt.

b) Ở tư thế ngồi

- Kỹ thuật vị thế ức chế co cứng: Ghế ngồi có chiều cao phù hợp với người bệnh; đầu, thân mình thẳng, cân xứng hai bên, hai vai cân đối; trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông và hai chân; bàn chân sát trên sàn nhà, khớp cổ chân, khớp gối, khớp háng vuông góc; lưng thẳng.

- Kỹ thuật ức chế co cứng: Ngồi dồn trọng lượng lên mông, chân bên liệt.

c) Ở tư thế đứng

Người bệnh đứng, dồn trọng lượng lên chân liệt ở tư thế đứng, sau đó tập vận động chân bên không liệt.

6. THEO DÕI SAU

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tập.
- Theo dõi phát hiện các dấu hiệu bất thường.
- Nếu có bất thường xử trí kịp thời theo đúng phác đồ, báo cáo bác sĩ.
- Ghi chép hồ sơ bệnh án: Tình trạng người bệnh trong và sau khi tập.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.
- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 208)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ỨC CHẾ CO CỨNG THÂN MÌNH

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Co cứng là sự tăng của trương lực cơ kèm theo sự phóng đại của các phản xạ gân xương do cung phản xạ cơ bị kích thích quá mức. Co cứng là hậu quả của tổn thương bó tháp, là một thành phần nằm trong hội chứng Neuron vận động trên.

1.2. Biểu hiện lâm sàng

Tăng trương lực cơ, tăng phản xạ gân xương, hạn chế hoặc mất vận động tự chủ ở thân mình.

1.3. Hậu quả của co cứng

Giảm hoặc mất khả năng vận động, ảnh hưởng đến chăm sóc và điều trị, khó hoặc không thực hiện các hoạt động tự chăm sóc bản thân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khi co cứng ảnh hưởng đến vận động, thực hiện chức năng.
- Trước khi tập vận động và hoạt động trị liệu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi người bệnh không có biểu hiện co cứng.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Kỹ thuật viên đã được đào tạo và thành thạo kỹ thuật.
- Người nhà hoặc bản thân người bệnh đã được hướng dẫn đầy đủ.

4.2. Phương tiện

- Giường bệnh hoặc giường tập.
- Bàn ghế, nệm, túi cát,...

4.3. Người bệnh

Thông báo, giải thích rõ ràng để người bệnh và gia đình yên tâm và chủ động phối hợp.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Phiếu điều trị vật lý có chỉ định của bác sĩ:
- Ngày điều trị, giờ điều trị.
- Tình trạng người bệnh trước trong và sau khi tập.
- Tên kỹ thuật viên thực hiện y lệnh.

5. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của Bác sĩ.
- Tên kỹ thuật viên thực hiện y lệnh.

5.2. Bước 2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng người bệnh trước khi tập.
- Đánh giá tình trạng co cứng: vị trí, mức độ.

5.3. Bước 3. Thực hiện kỹ thuật

a) Ở tư thế nằm

- Kỹ thuật vị thế: Người bệnh nằm ở vị thế chống lại mẫu co cứng.
- Ưc chế co cứng: Người tập thực hiện hoặc hướng dẫn người bệnh thực hiện các động tác vận động ngược lại với mẫu co cứng, cụ thể là người bệnh nằm ngửa, hai gối gấp sau đó ngả hai gối về phía bên không liệt càng nhiều càng tốt, làm dài thân mình bên liệt, giữ như vậy vài phút sau đó trở lại vị trí ban đầu.

b) Ở tư thế ngồi

- Kỹ thuật vị thế ức chế co cứng: Ghế ngồi có chiều cao phù hợp với người bệnh; đầu, thân mình thẳng, lưng thẳng, cân xứng hai bên, hai vai cân đối; trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông và hai chân; bàn chân sát trên sàn nhà, khớp cổ chân, khớp gối, khớp háng vuông góc.

- Kỹ thuật ức chế co cứng: Kéo dài thân mình phía bên liệt, dồn trọng lượng lên mông bên liệt.

c) Ở tư thế đứng

- Nghiêng mình sang phía bên không liệt để làm dài thân mình phía bên liệt, trọng lượng dồn lên chân bên liệt hoặc dồn đều lên hai chân.

6. THEO DÕI

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tập.
- Theo dõi phát hiện các dấu hiệu bất thường.
- Nếu có bất thường xử trí kịp thời theo đúng phác đồ, báo cáo bác sĩ.
- Ghi chép hồ sơ bệnh án: Tình trạng người bệnh trong và sau khi tập.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.
- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 211)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP ĐIỀU HỢP VẬN ĐỘNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa điều hợp

Điều hợp vận động là kết quả của quá trình hoạt động phối hợp của một số cơ trong mẫu đồng cơ cơ và là chuỗi cử động cơ và thư giãn cơ một cách mềm mại, uyển chuyển, chính xác trong điều kiện bình thường (không bị các bệnh lý thần kinh tháp và ngoại tháp).

1.2. Nguyên tắc tập điều hợp vận động

- Bài tập phải được chia ra từng giai đoạn nhỏ đơn giản để người bệnh thực hiện chính xác và loại bỏ những sai sót. Bài tập càng phức tạp thì càng cần chia nhỏ nhiều bước.

- Mỗi bước nhỏ trong bài tập phải được người bệnh thực hiện với sự kiểm soát có ý thức và người điều trị phải chắc chắn người bệnh thực hiện độc lập và chính xác trước khi chuyển qua bước khác.

- Trong giai đoạn đầu, người bệnh cần luyện tập từ từ để có đủ thời gian suy nghĩ và cảm nhận đáp ứng cơ của mẫu vận động.

- Lực đề kháng chỉ đủ để tạo ra sự cố gắng trong khi vẫn duy trì được tính chính xác của cử động.

- Người bệnh cần được nghỉ ngắn mỗi 2-3 lần lặp lại của động tác để không thực hiện mẫu sai do mệt mỏi bởi vì duy trì tính chính xác của cử động trong suốt thời gian tập luyện rất quan trọng để hình thành các mẫu vận động điều hợp và chính xác cho người bệnh sau này.

- Để hình thành và phát triển cử động điều hợp và chính xác, người bệnh cần lặp lại cử động nhiều lần.

- Tốc độ, lực, sự phức tạp của động tác phải tăng dần dần trong mức cho phép và chỉ đến mức gần đỉnh của khả năng mà thôi. Lặp lại nhiều lần động tác ở gần mức tối đa sẽ tạo ra và duy trì điều hợp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh liệt nửa người do tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não, u não, viêm não,...

- Người bệnh bị các bệnh lý thần kinh tổn thương hệ thống ngoại tháp.

- Người bệnh bị bại não, chậm phát triển vận động tinh thần.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị rối loạn tri giác nhận thức không hiểu hướng dẫn điều trị.

- Người bệnh không duy trì được tư thế cần thiết trong suốt quá trình tập.

4. CHUẨN BỊ THỰC HIỆN BÀI TẬP

4.1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Bàn tập, ghế tập, nệm sàn nhà, phấn, bột tal, thanh song song, bục đi,...
- Phòng tập phải yên tĩnh để người bệnh tập trung chú ý thực hiện chính xác bài tập.

4.3. Đánh giá người bệnh trước khi tập

- Xác định nguyên nhân làm giảm vận động chi thể, điều hợp kém và chọn kỹ thuật tập thích hợp.
- Đánh giá khả năng thăng bằng trong các vị thế của người bệnh để chọn lựa tư thế tập phù hợp, vững chắc.
- Đánh giá sức mạnh cơ vùng có hạn chế vận động để cân nhắc về số lần lặp lại của động tác.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Người thực hiện kỹ thuật ghi rõ trong hồ sơ bệnh án thời gian thực hiện, loại kỹ thuật sẽ thực hiện trên người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ, lựa chọn kỹ thuật

Lựa chọn kỹ thuật tập và số lần lặp lại của động tác để có thể đạt được mục đích tốt nhất.

5.2. Kiểm tra và chuẩn bị người bệnh

- Giải thích mục đích và quy trình tập cho người bệnh hiểu để họ hợp tác tốt, tạo sự tin tưởng và làm người bệnh thư giãn.
- Đặt người bệnh trong tư thế thoải mái, vững chắc và ổn định để cho phép người bệnh thực hiện tốt nhất bài tập.
- Dùng các kỹ thuật thư giãn, nhiệt nóng đối với tổ chức mô mềm trước khi tập để làm tăng khả năng duỗi dài cơ và tạo sự mềm dẻo, dịu dàng, nhịp nhàng cho động tác.

5.3. Thực hiện kỹ thuật tập điều hợp

5.3.1. Những hoạt động điều hợp của bàn tay và cánh tay

- Các hoạt động cần cử động đồng thời của cổ tay, khuỷu, vai để bàn tay thực hiện các hoạt động chức năng. Các bài tập nắm bằng các đầu ngón tay, dạng, khép và xoay các khớp bàn đốt với sự thay đổi đa dạng tầm độ gấp của các khớp liên đốt. Mức đóng mở hay số lượng các ngón tay sẽ tạo ra lực cầm nắm khác nhau.
- Ngón cái với sự linh động ở khớp cổ bàn là ngón tay cử động đa dạng nhất và do vậy cũng khó tập luyện điều hợp nhất. Do vậy nếu điều hợp của ngón cái không phát triển thì nó sẽ trở thành chướng ngại vật cho các hoạt động của các ngón khác.

- Những ngón tay khác vận động linh hoạt ở khớp bàn đốt trong nhiều mặt phẳng xoay, dạng-khép, gấp-duỗi. Mỗi cử động ở mỗi khớp này phải được điều hoà bởi sự co thích hợp của những cơ chủ vận và ức chế tất cả các cơ khác.

- Chỉ sau khi đã hình thành được điều hợp thì những chức năng hữu dụng của bàn tay mới được biểu lộ. Đối với một người bệnh bị mất điều hợp, nếu những hoạt động phức tạp như kẹp vật không được chia nhỏ thành các bước để luyện tập chính xác và được kiểm soát trực tiếp bởi ý chí thì sự điều hợp cử động sẽ không bao giờ xuất hiện.

- Khi bị tổn thương hệ thống ngoại tháp làm mất điều hợp cử động thì quan trọng là luyện tập để thực hành mẫu chính xác nhiều lần mỗi ngày bằng cách tập với các dụng cụ ghi điểm như dụng cụ âm nhạc, đồ chơi, máy đánh chữ, chơi game,...

5.3.2. Những hoạt động di chuyển của cánh tay và cẳng tay

- Tập các cử động như vớ, di chuyển vào các vị thế của vai, khuỷu, cổ tay.

- Ở những người bệnh bại não thể múa vờn, không bao giờ có thể thực hiện được các mẫu chính xác. Những trẻ em chưa phát triển nội trình tự động thường có những cử động dị thường không tiên lượng được ở cả mặt phẳng ngang và đứng dọc, những cử động này vượt quá khả năng kiểm soát của hệ thống não bộ-tủy sống.

5.3.3. Rèn luyện điều hợp để duy trì thăng bằng đứng và đi

- Điều hợp giúp tăng khả năng thăng bằng tư thế và trợ giúp kháng trọng lực cũng như các hoạt động phối hợp của các chi.

- Tập để thành lập một chân đế chắc chắn trong môi trường quan với trọng lực bởi sự co điều hợp thích đáng của các cơ đầu và thân.

- Khi cánh tay di chuyển, phải có điều chỉnh tư thế để duy trì thăng bằng. Hiệu quả của việc co cơ này được kiểm soát bằng phản hồi cảm giác từ các khớp, các điểm nối gân cơ, cân mạc, da tới hệ thống thần kinh trung ương.

5.4. Các hoạt động điều hợp chi dưới khi đứng và đi

- Tập đi được bắt đầu bằng luyện tập các nội trình cơ bản của thăng bằng và lấy lại thăng bằng. Cần phải hỗ trợ an toàn để người bệnh tập trung vào các cử động chủ ý được yêu cầu mà không bị phân tán vào hoạt động của các cơ khác để duy trì thăng bằng.

- Tập thăng bằng tĩnh cơ bản bắt đầu với đứng trên hai chân và thăng bằng bằng hai tay, sau đó chuyển trọng lượng từ chân này sang chân kia và tiến đến trọng lượng dồn hoàn toàn trên một chân trong khi tay dùng chỉ để giữ thăng bằng.

- Tập thăng bằng động trong thanh song song bằng cách đưa người về phía trước, ra sau, sang hai bên.

- Tập thăng bằng động tăng tiến trên những chân đế nhỏ hơn bằng gậy bốn chân hỗ trợ, cho đến khi người bệnh có thể chịu trọng lượng trên một chân hoàn toàn với thăng bằng trên một tay hỗ trợ.

- Chuyển trọng lượng và thăng bằng về trước 1 bước, ra sau 1 bước, quay sang bên này và bên kia phải được tập cho đến khi người bệnh thực hiện một cách tự động.

- Tập với nhạc nhịp điệu hàng ngày như nâng một chân, nâng một tay, nâng tay và chân đồng thời, bước về phía trước, bước ra sau, gấp gối, thẳng gối sẽ tạo ra nội trình điều hợp cơ bản trong mẫu đi.

- Khi đi, thẳng bằng được di chuyển và tái thành lập trong mỗi bước. Duy trì thẳng bằng đòi hỏi sự phối hợp một cách tự động các hoạt động điều hợp của nhiều cơ không chỉ ở các khớp của các chi mà còn của cổ và thân nữa.

- Nếu người bệnh sử dụng hai nạng hay hai gậy thì chân đế được kéo rộng, nhu cầu thẳng bằng sẽ giảm xuống, nhưng điều hợp phải hiện diện để điều hòa tứ chi và thân khi đi.

6. THEO DÕI

Không để người bệnh bị mỏi cơ, xuất hiện các cử động thay thế hoặc sai mẫu.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Ngã nếu người bệnh thẳng bằng kém: Cần đặt người bệnh trong tư thế thoải mái và vững chắc khi tập

- Đau cơ: thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu

- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 222)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP VẬN ĐỘNG CỘT SỐNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Cột sống là một cấu trúc xương gồm nhiều đốt sống chồng lên nhau, có nhiệm vụ nâng đỡ cơ thể, vận động và bảo vệ tủy sống.

- Tập vận động cột sống có vai trò rất quan trọng trong điều trị bệnh lý tại cột sống hoặc các bộ phận liên quan đến cột sống.

2. CHỈ ĐỊNH

- Cong vẹo cột sống do bẩm sinh hoặc mắc phải.
- Thoái hóa cột sống.
- Hội chứng chèn ép rễ do thoát vị đĩa đệm như đau thần kinh tọa, hội chứng cổ vai cánh tay.
- Hạn chế vận động cột sống sau can thiệp phẫu thuật.
- Các bệnh lý của cơ liên quan đến tư thế và độ vững của đốt sống, cột sống.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng cột sống, đốt sống như lao đốt sống.
- Chấn thương gãy gãy, mất vững đốt sống tủy sống.
- Ung thư cột sống.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng.
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Phòng tập phải thông thoáng nhưng đủ kín đáo để người bệnh và người hướng dẫn tập cảm thấy thoải mái dễ chịu.
- Sử dụng giường hoặc đệm tập.

4.3. Người bệnh

- Giải thích cặn kẽ cho người bệnh tác dụng của bài tập.
- Người bệnh cần thoải mái và thư giãn.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra hồ sơ khớp với người bệnh và yêu cầu tập luyện.
- Ghi chép tỷ mỉ tình trạng, triệu chứng của người bệnh trước và sau tập.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra đúng tên người, phương pháp tập và những yêu cầu trong quá trình tập luyện.

5.2. Bước 2. Kiểm tra người bệnh

Xem có đúng người bệnh, đúng chỉ định hay không.

5.3. Bước 3. Thực hiện kỹ thuật

- Chọn bài tập: dựa trên tình trạng bệnh của người bệnh, bác sĩ chỉ định tập bài tập phù hợp cho người bệnh.

- Đối với cong vẹo cột sống: bài tập mạnh vùng cơ yếu, kéo giãn cơ bị co rút co cứng, điều chỉnh lại tư thế cột sống.

- Đối với đau do thoái hóa cột sống: bài tập có tác dụng điều hòa lại trương lực cơ, kéo giãn cơ ức chế quá trình co rút cơ.

- Bệnh lý cơ tại vùng cột sống: bài tập mạnh cơ yếu, kéo giãn cơ bị co rút.

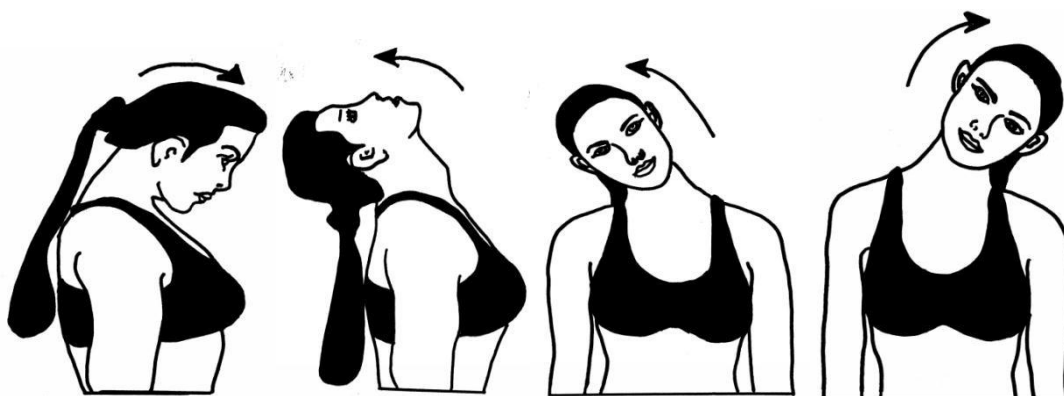
- Kỹ thuật tập:

+ Bài tập vận động cột sống cổ: Người tập ngồi thư giãn (thả lỏng) trên ghế có chiều cao phù hợp để hai bàn chân đặt sát trên sàn nhà, khớp cổ chân, khớp gối, khớp háng hai bên vuông góc, thân mình thẳng, đầu và cổ thẳng, hai vai ngang bằng nhau, hai tay duỗi dọc theo thân, trọng lượng dồn lên hai mông và hai chân.

a) Bài 1. Gập và duỗi cột sống cổ

- Từ vị trí trung gian nói trên, người tập từ từ cúi đầu về phía trước (gập cột sống cổ) càng nhiều càng tốt cho đến mức tối đa (cằm sát vào ngực nếu có thể) kết hợp với thở ra hết.

- Sau đó người tập từ từ ngửa đầu ra phía sau (duỗi cột sống cổ) càng nhiều càng tốt cho đến mức tối đa (mặt song song với trần nhà nếu có thể) kết hợp với hít vào sâu, rồi tiếp tục tập lại động tác gập và duỗi như đã làm ở trên,...



b) Bài 2. Nghiêng cột sống cổ sang bên phải và bên trái

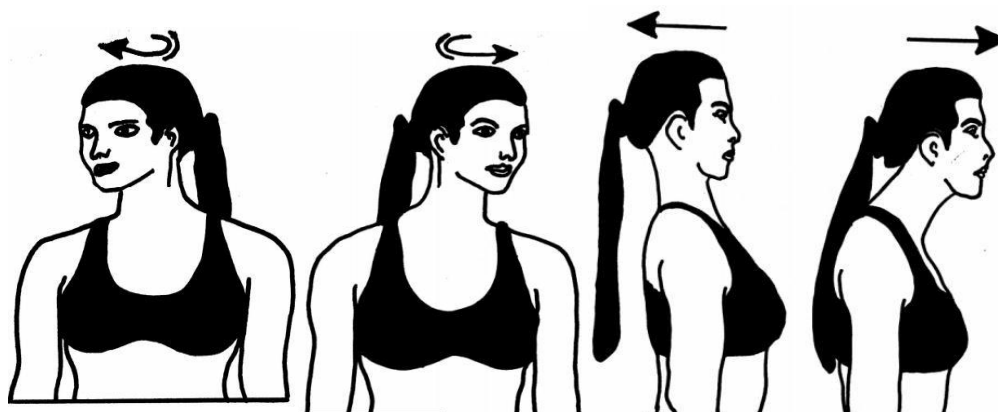
- Từ vị trí ngồi trong tư thế chuẩn bị như trên, người tập từ từ nghiêng đầu và cổ sang bên phải càng nhiều càng tốt cho đến mức tối đa (tai bên phải chạm vai phải nếu có thể), kết hợp với hít vào sâu,...

- Sau đó từ từ nghiêng đầu và cổ sang bên trái càng nhiều càng tốt cho đến mức tối đa (tai bên trái chạm vai trái nếu có thể) kết hợp với thở ra hết, rồi tiếp tục tập lại động tác nghiêng sang bên phải và bên trái như đã làm ở trên,...

c) Bài 3. Quay cột sống cổ sang bên phải và bên trái

- Từ vị thế ngồi như trên trong tư thế chuẩn bị ban đầu, người tập quay mặt từ từ sang phía bên phải càng nhiều càng tốt cho đến mức tối đa (cằm ngang với mồm vai phải nếu có thể) kết hợp hít vào sâu, sau đó,...

- Từ vị trí này người tập từ từ quay mặt sang phía bên trái càng nhiều càng tốt cho đến mức tối đa (cằm ngang với mồm vai trái nếu có thể) kết hợp với thở ra hết, rồi tiếp tục tập lại động tác quay sang bên phải và bên trái như đã làm ở trên,...



d) Bài 4. Vận động đầu và cổ ra phía trước và về phía sau

Từ vị thế ngồi ở tư thế chuẩn bị ban đầu, người tập vận động “đưa” đầu ra phía sau đến mức tối đa (kết hợp hít vào), sau đó “đưa” đầu ra phía trước đến mức tối đa (kết hợp với thở ra), rồi tiếp tục tập lại như đã làm ở trên.

e) Bài 5. Tập vận động khớp vai

- Nâng khớp vai lên và hạ xuống.

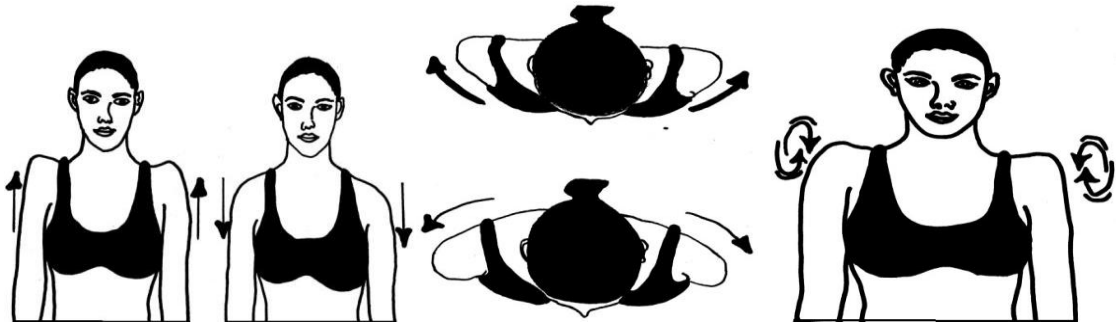
- Từ vị thế ngồi như ở tư thế chuẩn bị ban đầu, người tập từ từ nâng vai lên phía trên đầu cho đến mức tối đa (kết hợp với hít vào sâu), sau đó hạ vai xuống trở về vị trí ban đầu (kết hợp với thở ra hết).

- Vận động hai vai ra trước và ra sau.

- Người tập ngồi như tư thế ban đầu hai tay dạng ngang vai vuông góc, hai khuỷu tay gấp vuông góc, cẳng tay quay sấp. Sau đó từ từ đưa hai khuỷu tay ra phía sau đến mức tối đa (kết hợp với thở ra hết), sau đó tiếp tục tập lại như ở trên.

- Xoay khớp vai.

- Người tập ngồi như trên trong tư thế chuẩn bị ban đầu, hai tay duỗi dọc theo thân mình, sau đó từ từ xoay tròn hai vai theo chiều từ sau ra trước, rồi xoay theo chiều ngược lại từ trước ra sau.



+ Bài tập cột sống thắt lưng (Bài tập Mc Gill)

a) Bài 1. Tư thế mô phỏng hình con mèo và con lạc đà

- Hai đầu gối quỳ, căng chân và bàn chân duỗi thẳng, hai tay duỗi thẳng lòng bàn tay tiếp xúc với sàn, lưng thẳng, mặt nhìn về phía trước.

- Hít thở và bóp cơ bụng, làm cong xương sống của bạn lên. Thu cằm của bạn một chút và giữ căng trong 8 đến 10 giây.

- Thở ra và lưng cong xuống dưới và kéo ngực bạn lên và đi lên, giữ căng trong 8 đến 10 giây.

- Trở lại vị trí bắt đầu và lặp lại động tác đầy đủ 5-10 lần.



b) Bài 2. Cuộn đầu

- Nằm ngửa, thẳng người, đặt bàn tay hoặc một chiếc khăn cuộn ở dưới cột sống thắt lưng, gối chân phải gập lại chân trái duỗi thẳng.

- Nâng cao đầu và vai của bạn, không uốn cong lưng, giữ căng trong 8 đến 10 giây. Sau đó hạ đầu và vai xuống sàn.

- Đổi chân và lặp lại động tác đầy đủ 5-10 lần.



c) Bài 3. Tư thế mô phỏng hình con chim và con chó

- Đầu gối dưới hông quỳ, bàn chân duỗi, hai tay duỗi thẳng lòng bàn tay tiếp xúc với sàn (hình minh họa).

- Từ từ đưa chân trái ra sau trong khi đưa cánh tay phải về phía trước, giữ hông và vai căng trong 8 đến 10 giây (hình minh họa). Sau đó trở lại vị trí bắt đầu.

- Đổi chân và tay, lặp lại động tác đầy đủ 5-10 lần.

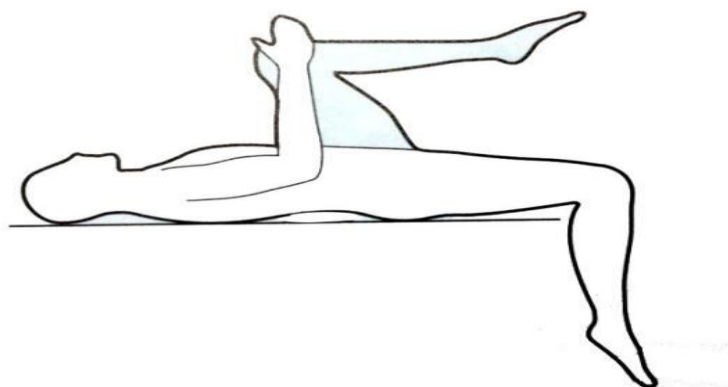


d) Bài 4. Tập căng cơ thắt lưng chậu

- Nằm thẳng người trên giường với hai đầu gối gấp vuông góc với cạnh giường.

- Bấy giờ dùng hai tay kéo một chân lên ngực tư thế gối gấp trong khi giữ nguyên chân còn lại, giữ căng trong 8 đến 10 giây.

- Đổi chân và lặp lại động tác đầy đủ 5-10 lần.



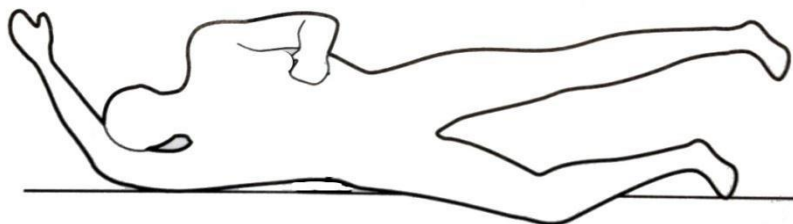
e) Bài 5. Tập cơ căng mạc đùi

- Nằm thẳng nghiêng mình.

- Nâng chân phía trên thẳng lên trên trần cách từ 30 đến 50 cm từ chân kia, giữ căng trong 8 đến 10 giây.

- Hạ chân của bạn, nằm nghiêng sang bên đối diện.

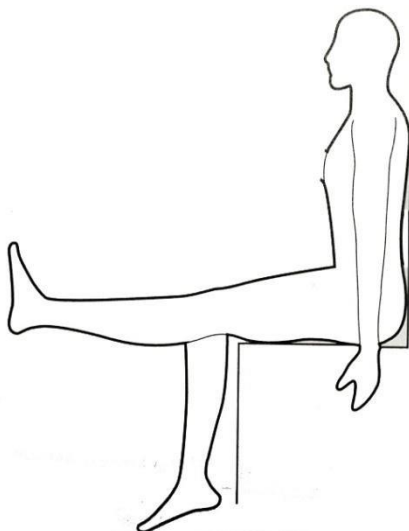
- Đổi chân và lặp lại động tác đầy đủ 5-10 lần.



f) Bài 6. Tập căng cơ tam đầu đùi

- Người tập ngồi thư giãn (thả lỏng) trên ghế có chiều cao phù hợp để hai bàn chân đặt sát trên sàn nhà, khớp cổ chân, khớp gối, khớp háng hai bên vuông góc, thân mình thẳng, đầu và cổ thẳng, hai vai ngang bằng nhau, hai tay duỗi dọc theo thân, trọng lượng dồn lên hai mông và hai chân.

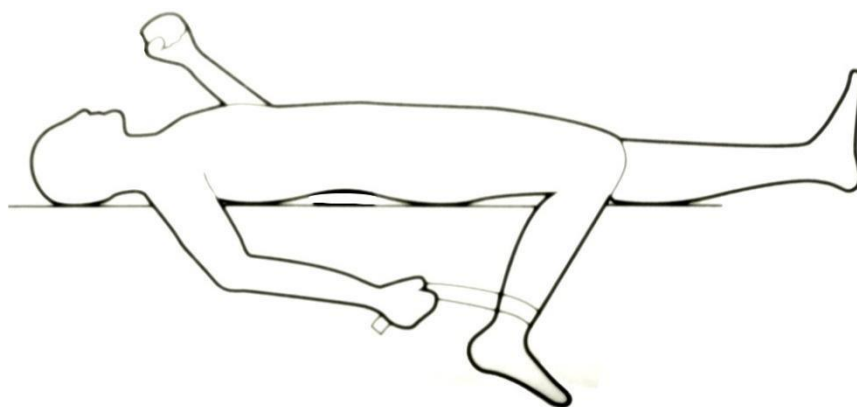
- Nâng chân trái lên duỗi thẳng, chân phải giữ nguyên, giữ trong 8-10 giây.
- Chậm dần hạ chân xuống.
- Đổi chân và lặp lại động tác đầy đủ 5-10 lần.



g) Bài 7. Tập căng cơ thẳng đùi

- Nằm ngửa, thẳng người trên mép giường, tay và chân duỗi thẳng.
- Chân trái gấp xuống mép giường, chân phải giữ nguyên. Dùng dây vòng qua cổ chân trái hoặc tay nắm cổ chân trái gấp căng chân trái về phía lưng, giữ căng trong 8 đến 10 giây.
- Chậm dần duỗi chân trái. Trở về vị trí ban đầu.

- Đổi chân và lặp lại động tác đầy đủ 5-10 lần.



- Trong quá trình tập cần một số lưu ý
 - + Đau thần kinh tọa: hạn chế cúi gập lưng.
 - + Hội chứng vai tay do chèn ép rễ hoặc đám rối thần kinh cánh tay: hạn chế động tác ngửa cổ vì dễ kích thích gây choáng chóng mặt.
 - + Các bài tập cột sống còn có vai trò duy trì và phòng chống đau thắt lưng hay vai gáy.

6. THEO DÕI

- Khả năng đáp ứng và thực hiện bài tập của người bệnh.
- Tình trạng đau hay mệt mỏi trong quá trình tập luyện.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sau tập có thể thấy đau tăng lên hoặc động tác tập gây đau tăng nên giảm cường độ hoặc mức độ tập hay loại bỏ những tư thế tập đau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 60).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT XOA BÓP TOÀN THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Xoa bóp bằng tay là những thủ thuật xoa nắn các mô của cơ thể một cách khoa học và hệ thống, nhằm mục đích tác động lên hệ cơ, hệ thần kinh và trên hệ tuần hoàn tổng thể.

2. 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.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm nhiễm cấp tính, viêm tắc tĩnh mạch, các khối u.
- Các bệnh ngoài da (đối với người bệnh suy yếu phải thận trọng, không xoa bóp trên các vùng mới mọc da non).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng.
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện:

- Giường, bàn xoa bóp (có kích thước phù hợp với người thực hiện xoa bóp).
- Gối các loại.
- Dầu xoa, bột tan.

4.3. Người bệnh

Người bệnh phải được thư giãn và thoải mái, áo quần không quá chật, sao cho các thao tác thực hiện dễ dàng.

4.4. 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.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 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.
- Kỹ thuật.
- Xoa dầu hoặc thuốc mỡ 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.

+ Lực vuốt khởi đầu từ xa tiến tới phần gần để tạo thuận cho sự lưu thông máu.

+ Hai bàn tay có thể rời khỏi phần cuối của động tác và trở lại điểm khởi đầu.

+ Có thể vẫn duy trì hai bàn tay tiếp xúc trên da khi trở lại điểm khởi đầu nhưng không tạo sức ép.

+ Trong xoa vuốt nông hướng của lực không quan trọng vì áp suất quá nhẹ không tạo được hiệu quả cơ học.

+ Trong xoa vuốt sâu hướng của lực rất quan trọng vì mục tiêu chính là tạo thuận cho sự lưu thông tuần hoàn máu và bạch huyết. Do đó lực vuốt về luôn luôn phải hướng tâm.

- Kỹ thuật nhào bóp: sự nhào bóp bao gồm xoa, ép và chà xát.

+ Xoa là một cử động nhấc mô mềm lên giữa các ngón tay và thực hiện một cách luân phiên tạo cử động trong giới hạn của chính cơ đó nhằm kéo giãn các kết dính.

+ Ép được thực hiện ở vùng cơ rộng hơn. Ép vùng điều trị hoặc giữa hai bàn tay hoặc giữa bàn tay và một vật cứng như mặt bàn tay mặt xương.

+ Chà xát là cử động vòng tròn thực hiện bằng cách đặt một phần nhỏ của bàn tay trên vùng điều trị, thực hiện nhanh với gia tăng áp suất.

- Kỹ thuật vỗ (gõ): là cử động luân phiên nhằm tạo sự kích thích.

+ “Giần” thường được thực hiện với bề ngoài của bàn tay hay với các ngón tay thư giãn, với hai bàn tay nảy lên luân phiên từ vùng điều trị.

+ “Vỗ” được thực hiện với hai gan bàn tay theo cùng một cách. Nếu hai bàn tay úp âm thanh tạo ra gây lên được một hiệu quả tâm lý.

+ “Đập” được thực hiện với hai bàn tay nắm theo cùng một cách.

+ “Rung” bằng cách đặt các đầu ngón tay tiếp xúc với mặt da và lay toàn cánh tay, truyền một cử động rung tới người bệnh.

- Trong xoa bóp toàn thân các kỹ thuật nhào bóp được dùng để di chuyển các chất tích đọng trong mô và để kéo giãn sự kết dính, tiếp theo là kỹ thuật vuốt về nhằm chuyển đi các chất dịch tích đọng hay phù nề. Các cử động vỗ thường dùng cuối chương trình điều trị.

- Thời gian mỗi lần tập từ 30-60 phút tùy theo tình trạng sức khỏe người bệnh.

6. 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 sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau cơ: thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.
- Quá sức: nghỉ ngơi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2014), (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 214)

2. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 70).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT XOA BÓP DẪN LƯU

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Kỹ thuật xoa bóp dẫn lưu hay còn gọi kỹ thuật xoa bóp dẫn lưu bạch huyết (Lymphatic Drainage Massage) là kỹ thuật xoa bóp và ép nhẹ nhàng sử dụng để gia tăng tuần hoàn bạch huyết bằng cách di chuyển những dịch bạch huyết ứ đọng ra khỏi vùng tổn thương.

- Có hai giai đoạn của kỹ thuật xoa bóp dẫn lưu, đó là làm vận chuyển dịch và tái hấp thụ dịch.

1.2. Lợi ích của kỹ thuật

- Giảm phù bạch huyết.
- Tăng cường hệ thống miễn dịch.
- Thải độc tố.
- Thư giãn.
- Giảm đau mạn tính.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trong các trường hợp phẫu thuật:
 - + Phù hạch bạch huyết tiên phát và thứ phát.
 - + Sau mổ cắt vú, nạo hạch.
 - + Giãn tĩnh mạch.
 - + Trước và sau phẫu thuật.
 - + Trước và sau phẫu thuật thẩm mỹ.
 - + Sau phẫu thuật rút tĩnh mạch.
- Da liễu:
 - + Mụn/chàm.
 - + Sẹo bỏng.
- Tai, mũi, họng:
 - + Viêm xoang.
 - + Û tai.
 - + Bệnh Ménière:
 - + Loét chân.
- Thần kinh:
 - + Đau đầu do căng thẳng.
 - + Migraines.

+ Đau dây thần kinh.

+ Da xơ cứng.

+ Stress.

+ Đau mạn tính.

- Chỉ định khác:

+ Chấn thương thể thao cấp.

+ Phù chân thai nghén.

+ Tăng cường hệ thống miễn dịch.

+ Hội chứng đại tràng kích thích.

+ Táo bón.

+ Viêm sợi cơ.

+ Mệt mỏi mạn tính.

+ Xơ cứng bì.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi sự gia tăng dịch chuyển dịch bạch huyết là không có lợi cho người bệnh.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phục hồi chức năng.

- Kỹ thuật viên phục hồi chức năng.

4.2. Phương tiện

Bàn tập, giường tập.

4.3. Người bệnh

- Đánh giá người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật:

+ Xác định xem vùng tổ chức nào bị ứ đọng bạch huyết, nguyên nhân làm ứ đọng bạch huyết và chọn tư thế nằm thích hợp, thoát máu cho người bệnh.

+ Đánh giá mức độ ứ dịch bạch huyết nhiều hay ít, rộng hay hẹp.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Người thực hiện kỹ thuật ghi rõ trong hồ sơ bệnh án thời gian thực hiện, kỹ thuật sẽ thực hiện trên người bệnh.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ, lựa chọn vùng điều trị

Lựa chọn vùng điều trị để có thể đạt được mục đích tốt nhất.

5.2. Bước 2. Kiểm tra và chuẩn bị người bệnh

- Giải thích mục đích và quy trình kỹ thuật cho người bệnh hiểu để họ hợp tác tốt, tạo sự tin tưởng và làm người bệnh thư giãn.

- Đặt người bệnh trong tư thế thoải mái, vững chắc và ổn định để cho phép mặt phẳng cử động là tốt nhất khi quy trình kỹ thuật được thực hiện.

- Dùng các kỹ thuật thư giãn, nhiệt nóng đối với tổ chức mô mềm trước khi thực hiện để làm tăng khả năng đẩy dịch và hấp thụ dịch, giảm chấn thương.

5.3. Bước 3. Thực hiện kỹ thuật

- Thực hiện kỹ thuật dịch chuyển dịch bạch huyết.

- Mục đích của làm vận chuyển dịch là để tạo ra một áp suất âm với lực ép nhẹ do vậy vùng ứ đọng bạch huyết được đẩy dịch đi càng nhiều càng tốt, tạo ra một hiệu ứng chảy mạnh vùng ứ đọng bạch huyết.

- Vận chuyển dịch ở các khu vực:

+ Vùng bạch huyết trên xương đòn ngay dưới hai xương đòn.

+ Vùng bạch huyết hõm nách ngay dưới cánh tay.

+ Vùng bạch huyết bên trong khuỷu.

- Kỹ thuật vận chuyển dịch có thể được lặp lại nhiều lần như khoảng 10 lần/ngày, luôn luôn xoa bóp cả hai bên cơ thể, không chỉ ở bên có ứ dịch bạch huyết.

- Có ba giai đoạn của dịch chuyển dịch bạch huyết theo trật tự vùng trên đòn, vùng hõm nách và vùng mặt trong khuỷu tay.

- Để làm dịch chuyển dịch vùng trên đòn:

+ Để người bệnh nằm ngửa trên mặt phẳng chắc chắn, thoải mái.

+ Bắt chéo hai cánh tay trên ngực người bệnh với hai bàn tay đặt nghỉ ngay phía dưới hai xương đòn.

+ Nâng hai khuỷu tay người bệnh lên chậm và nhẹ nhàng. Hoạt động cơ này cần càng nhiều áp lực càng tốt để chuẩn bị cho hoạt động đẩy dịch bạch huyết di chuyển.

- Tiếp theo là dịch chuyển dịch vùng nách:

+ Đặt một tay người bệnh lên trên đầu.

+ Sử dụng tay kia để vét nhẹ nhàng vùng hõm nách từ đỉnh xương đáy, lực ép chỉ vừa đủ và nhẹ nhàng đủ để di chuyển bề mặt da.

- Cuối cùng là dịch chuyển dịch vùng mặt trong của khuỷu tay.

- Đặt cánh tay dọc theo thân thể. Sử dụng các ngón tay bên đối diện nhẹ nhàng kéo da mặt trong khuỷu một vài cm mỗi lần kéo.

Lưu ý: lực ép hết sức nhẹ nhàng, trong kỹ thuật xoa bóp dẫn lưu bạch huyết, bạn chỉ cần làm việc với cấu trúc da vùng nông, đó là nơi ta có thể lấy được dịch ứ đọng.

- Kỹ thuật tái hấp thụ dịch bạch huyết:

+ Bắt đầu ở vùng cơ thể bị ảnh hưởng xa nhất so với trung tâm cơ thể, (các đầu ngón tay nếu người bệnh có phù bạch mạch ở bàn tay, cánh tay và vai).

+ Sử dụng cử động vuốt với lực ép vừa phải để thay đổi bề mặt của da, xoa bóp từ các ngón tay đến bàn tay, từ bàn tay đến khuỷu tay và từ khuỷu tay đến vùng vai.

+ Người bệnh phải đồng ý với việc tự xoa bóp dẫn lưu cho bản thân.

- Những điều cần lưu ý khi thực hiện kỹ thuật xoa bóp dẫn lưu:

+ Lực ép vừa đủ sâu sao cho cử động không trượt trên mặt da. Lực ép khoảng 25-100g.

+ Hướng xoa bóp đẩy dịch bạch huyết về đúng các hạch bạch huyết.

+ Nhịp điệu của động tác

+ Trật tự của kỹ thuật vuốt rất quan trọng (bắt đầu ở vùng gần với hạch bạch huyết gốc, luôn luôn đẩy bạch huyết hướng về phía hạch khi thực hiện kỹ thuật).

- Thời gian 20-30 phút.

6. THEO DÕI

- Đây là kỹ thuật điều trị duy trì, người bệnh thực hiện đều đặn.

- Kiểm soát phù mạch bạch huyết cũng có thể thực hiện bằng mang tay áo chắt để ngăn cản dịch ứ lại.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 73).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP DƯỠNG SINH

1. ĐẠI CƯƠNG

Dưỡng sinh có tác dụng rất tốt cho sức khỏe, hạn chế được những hậu quả của giảm vận động, tăng lưu thông máu, tăng cung cấp oxy cho tổ chức, phục hồi hoạt động của hệ xương, cơ, khớp, khôi phục hoạt động của các chức năng và khả năng thích nghi của cơ thể,...

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mắc các bệnh mạn tính:
 - + Bệnh lý tim mạch: suy tim, tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim.
 - + Di chứng tai biến mạch máu não.
 - + Suy nhược thần kinh, suy nhược cơ thể.
 - + Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản, viêm phế quản, viêm phổi kẽ, K phổi, giãn phế quản.
- Hội chứng dạ dày: viêm dạ dày, loét dạ dày-hành tá tràng, rối loạn tiêu hóa.
 - + Thấp khớp, viêm khớp, thoái hóa khớp.
 - + Đau thần kinh tọa, gai cột sống, đau lưng.
 - + Cảm mạo liên miên.
 - + Mất ngủ,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hôn mê, rối loạn ý thức, rối loạn tâm thần nặng.
- Suy kiệt, bệnh truyền nhiễm cấp tính.
- Nhồi máu cơ tim cấp, đột quỵ não cấp.
- Bong gân, sai khớp, viêm khớp giai đoạn cấp.
- Người bệnh không đồng ý tập luyện.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Thảm/ chiếu tập, ghế ngồi,...
- Khăn bông lau mồ hôi.
- Nước uống.

4.3. Người bệnh

- Ở tư thế thoải mái (nằm, ngồi, đứng) trong khi tập.
- Giải thích để người bệnh hiểu, hợp tác trong quá trình tập.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ các thông tin về người bệnh, chỉ định điều trị rõ ràng.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Luyện thở và thư giãn

a) Thở sâu và thở bốn thì:

- Thở sâu: hít vào từ từ, cho bụng và ngực phình lên sau đó thở đẩy khí ra từ từ, đều đặn mỗi phút khoảng 6 đến 8 lần. Thở sâu làm cho khí huyết lưu thông có tác dụng xoa bóp các cơ quan bên trong cơ thể.

- Sau khi thở sâu, bước sang giai đoạn thở bốn thì:

+ Thì 1: hít vào đều, sâu, ngực nở, bụng phình, giữ khoảng một phần tư nhịp thở.

+ Thì 2: giữ hơi để cho sự trao đổi oxy và khí cacbonic hoàn chỉnh.

+ Thì 3: thở ra một cách tự nhiên, thoải mái không gượng ép, không kìm hãm.

+ Thì 4: thả lỏng hoàn toàn tay chân, cơ thể để các cơ và dây thần kinh được thư giãn tối đa trước khi bước vào một nhịp thở mới.

b) Luyện thư giãn:

- Nằm hoặc ngồi. Thả lỏng cơ thể một cách thoải mái, mắt nhắm lại, để các dây thần kinh không bị kích thích. Tinh thần thanh thản không suy nghĩ. Thả lỏng các cơ và toàn bộ cơ thể trong trạng thái nghỉ ngơi để loại bỏ ức chế và giảm stress.

- Tập trung ý chí thực hiện và luyện tập thở sâu đều đặn, nhịp nhàng làm cho các trung tâm thần kinh thở được kích thích nhờ đó kiểm soát được quá trình hưng phấn và ức chế một cách chủ động.

5.2. Bước 2. Xoa bóp bấm huyết

- Động tác này bao gồm xoa bóp các giác quan, xoa bóp mặt và đầu, xoa mi mắt, hai vành tai, mũi, miệng, hai bên má. Sau đó xoa đến từng bộ phận cơ thể: cổ, ngực, lưng, hai cánh tay, bụng và đôi chân.

- Xoa bóp phải vừa sức, nhẹ nhàng và xoa trực tiếp để lòng bàn tay tiếp xúc đến da thịt. Tập trung vào các động tác xoa, làm đến đâu theo dõi đến đó, kết hợp hơi thở đều đặn.

- Trong quá trình xoa bóp kết hợp bấm vào các huyết đạo trên cơ thể để tăng khả năng tiêu hóa, bài tiết, an thần, phòng cảm mạo.

5.3. Bước 3. Luyện tập chống xơ cứng

- Tư thế nằm, ngồi, đứng.

- Áp dụng các động tác luyện tập chống xơ cứng kết hợp với động tác yoga kiểu ngồi thiền (ngồi hoa sen), động tác vận động chân không: ưỡn lưng, ưỡn ngực, cúi gập người và xoay cổ tay cổ chân,...

- Những bài tập này có ảnh hưởng tốt về mặt tâm lý và sinh lý nhất là đối với người già.

- Thời gian mỗi buổi tập từ 30-60 phút tùy theo tình trạng người bệnh.

6. THEO DÕI

6.1. Trong khi tập

- Theo dõi, uốn nắn việc thực hiện bài tập của người bệnh cho đúng.

- Theo dõi tình trạng sức khỏe và phản ứng của người bệnh, nếu có diễn biến bất thường (mệt mỏi, ngất xỉu,...) cho dừng tập và xử trí theo quy định.

6.2. Sau khi tập

- Ghi chép diễn biến buổi tập và tình trạng của người bệnh.

- Dẫn dò những điều cần thiết trước khi cho về.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Mệt mỏi, ngất xỉu do tập quá sức. Xử trí: dừng tập, cho nghỉ ngơi ở nơi thoáng khí và bổ sung nước, điện giải, sinh tố,...

- Chấn thương: ngã, bong gân, sai khớp, gãy xương,... Xử trí theo quy định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 78).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THƯ GIÃN

1. ĐẠI CƯƠNG

Thư giãn là quá trình làm giảm trương lực cơ, giúp cho thần kinh, tâm trí được thư thái, qua đó làm giảm những cảm xúc tiêu cực hoặc chứng bệnh tâm thần (căng thẳng thần kinh, lo âu, ám sợ, trầm nhược, đau đầu,...) do các nhân tố stress gây ra.

2. CHỈ ĐỊNH

Căng thẳng tinh thần, lo âu, đau đầu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ PHCN, kỹ thuật viên PHCN, điều dưỡng được đào tạo PHCN.

4.2. Người bệnh

Cần biết rõ tác dụng của thư giãn, các bước tiến hành, những chú ý cần ghi nhớ khi thực hiện.

4.3. Hồ sơ bệnh án

- Cần ghi rõ phương pháp thư giãn, thời gian thực hiện kỹ thuật, đánh giá kết quả sau mỗi lần tiến hành kỹ thuật.

- Đánh giá từng lần tập và sau mỗi đợt điều trị 5 hay 10 ngày, đề ra phương hướng tiếp theo mỗi đợt điều trị.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1. Kiểm tra hồ sơ

Tên tuổi, các yếu tố nhân khẩu.

5.2. Bước 2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra chỉ định, các phương pháp điều trị đặt ra.

5.3. Bước 3. Các bước tiến hành

- Thư giãn động, căng-chùng cơ

- Điều kiện để tập:

+ Nơi tập phải thông thoáng, tách biệt khỏi các kích thích gây mất tập trung chú ý.

+ Không để chuông điện thoại ở chỗ tập.

+ Không bật tivi, băng cassette, đài.

+ Kiên trì tập 2-3 lần/ngày, mỗi lần 30-40 phút.

+ Có thể mở nhạc nhẹ lúc tập để thư giãn.

+ Tạo một tâm trạng thích hợp cho việc tập luyện:

+ Duy trì sự chú ý thụ động: học thư giãn đòi hỏi ta phải cân bằng giữa chú ý và im lặng.

+ Không cố gắng làm cho thư giãn nhanh xảy ra

+ Không vội vã

+ Tự nhận biết, tự quan sát: ưu tiên cho nhận biết sự khác nhau giữa 2 trạng thái căng và thả lỏng cơ. Tập trung vào sự nhận biết, quan sát nội tâm, điều này giúp ta phát triển tính nhạy cảm đối với những dấu hiệu căng thẳng.

- Quá trình thư giãn

+ Sử dụng quán tưởng bằng lời ví dụ thả ra nói buông lỏng để mã hóa tâm thức tạo phản xạ có điều kiện để đáp ứng thụ động. Các bài tập thư giãn diễn ra xung quanh việc tập luyện căng-chùng theo trình tự, tập từ cánh tay đến chân hoặc chọn một nhóm cơ bất kỳ tập trước cũng được.

+ Thời gian căng-chùng của 1 nhóm cơ khoảng 30 giây (10 giây căng cơ 20 giây trùng cơ) lặp lại khoảng 3 lần với 1 nhóm cơ. Mỗi buổi tập kéo dài 30-60 phút. Người bệnh đếm và tưởng tượng mức căng cơ lúc đầu là 90-100 điểm, sau giảm dần xuống 75 cuối cùng giảm còn 25 điểm so với ban đầu.

- Phương pháp thư giãn động bao gồm 6 giai đoạn sau:

+ Thư giãn lần lượt 16 nhóm cơ.

+ Giảm từ 16 nhóm cơ xuống còn 8 nhóm cơ qua 1-2 tuần tập luyện.

+ Giảm mức độ căng cơ có chủ ý xuống còn 75% mức ban đầu.

+ Giảm từ 8 nhóm cơ xuống còn 4 nhóm cơ sau 1-2 tuần tập luyện.

+ Giảm mức độ căng cơ chủ ý xuống còn 50% mức ban đầu.

+ Giảm mức độ căng cơ chủ ý xuống còn 20% mức ban đầu.

- Thư giãn kết hợp thở sâu quán tưởng (dùng tâm ý để tưởng tượng) bằng lời:

+ Thư giãn tĩnh dựa vào tưởng tượng: phương pháp trị liệu này nhấn mạnh đến tưởng tượng và tự ám thị (suggestion). Khi thư giãn, người tập đồng thời quán tưởng những cảnh hoặc tình huống vui vẻ thoải mái như dạo chơi trên bờ biển, trong khi nghe tiếng gió thì thâm qua những hàng cây, tưởng tượng ra một khuôn mặt của bạn bè, người thân hoặc người yêu,...

+ Tất cả kỹ thuật tưởng tượng đều nhằm kiểm soát tâm trí và cơ thể.

+ Mục tiêu của thư giãn tĩnh là phát triển một mối liên hệ giữa một ý nghĩ thông qua tưởng tượng và quán tưởng bằng lời tự với trạng thái thư giãn mong muốn. Trong lúc thư giãn tĩnh tập chung chú ý vào tư thế của cơ thể tưởng tượng (tự ám thị), trạng thái tâm thần mong muốn, thì toàn bộ cơ thể được đưa vào trạng thái yên lặng thụ động.

+ Chuẩn bị các điều kiện cho việc luyện tập thư giãn tĩnh

+ Tuân thủ những chỉ dẫn, có động cơ tập luyện.

+ Có khả năng duy trì sự tự kiểm soát, tự hướng dẫn.

- + Biết sử dụng và duy trì đúng tư thế cơ thể khi tập.
 - + Giảm các kích thích bên ngoài và tập trung có chủ định vào trạng thái tâm thần, thể chất bên trong.
 - + Sử dụng cách tiếp cận đều, lặp đi lặp lại với các cảm giác khác nhau.
 - + Tập trung các quá trình thực thể để ý thức định hướng vào bên trong.
- Các tư thế cơ thể khi tập thư giãn tĩnh:
- + Tập thư giãn tĩnh có thể đặt cơ thể ở bất kỳ tư thế nào thấy thoải mái, thả lỏng tự nhiên, tốt nhất nên ngồi với tư thế kiết già (phật ngồi toà sen) hoặc bán kiết già.
- Các bài cơ bản luyện tập thư giãn tĩnh:
- + Cánh tay và chân nặng: nhắm mắt tưởng tượng “Tay phải nặng lên”, sau đó đổi tay trái, lặp lại quá trình này. Chuyển qua chân phải rồi chân trái cũng làm như vậy. Cuối cùng thư giãn với cả 2 tay, cả 2 chân dùng các mật lệnh tương tự. Làm 3-6 lần, mỗi lần 30-60 giây. Khi kết thúc lắc vai hoặc lắc đầu, đây chính là sự xả bỏ toàn thân để ra khỏi trạng thái đờ đẫn, rồi từ từ mở mắt.
 - + Cánh tay và chân ấm: người tập cần tập trung vào cảm giác nóng ấm, rồi tưởng tượng cảm giác nóng ấm từ từ lan khắp cơ thể, quá trình tập cũng bắt đầu từ tay thuận như sau: “Tay phải tôi ấm lên” bắt đầu từ tay phải rồi tay trái đến chân toàn thân. Người tập có thể tưởng tượng cảnh đang nằm phơi mình trên bãi biển dưới ánh nắng ấm của mặt trời hoặc đang nằm trong bồn nước ấm.
 - + Cảm giác nóng và ấm ở vùng tim: các bài tập luyện cảm giác nặng, nóng, ấm được tập trung vào vùng tim: “Nhịp đập tim tôi chậm đều”, “Tim tôi nặng và ấm”, “Cảm giác nặng và ấm lan toả khắp vùng tim”.
 - + Quán tưởng hơi thở, điều hoà hô hấp: giai đoạn này tập trung vào hơi thở, điều hoà hô hấp, cảm nhận. “Tôi biết tôi đang thở”, “Hơi thở của tôi thật bình thản, thư giãn”.
 - + Cảm giác ấm vùng bụng (vùng ức, giữa ngực và bụng): tập trung thư giãn khoang bụng, đặc biệt vùng thượng vị, bụng trên (dưới tim, trên dạ dày), cảm giác vùng này ấm lên. “Vùng ức của tôi ấm lên”, “Vùng bụng trên của tôi ấm lên”.
 - + Cảm giác mát lạnh vùng trán: Chọn một tư thế thoải mái, thả lỏng tất cả các cơ, sau đó dùng mật lệnh: “Vùng trán của tôi mát lạnh”, “Cảm giác mát lạnh lan khắp vùng trán” giai đoạn này kéo dài 10-20 phút.

6. THEO DÕI

Nhận xét, ghi kết quả điều trị sau mỗi lần tập, cả đợt tập.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Khi thực hành thư giãn, ở một số người có thể xuất hiện cảm giác như mắt kiểm soát, lo lắng hoặc ảo giác. Nhìn chung những ảo giác này qua nhanh, dùng các

cảm giác lạ lại bằng cách chủ động “rùng mình” hoặc bấm mạnh vào đầu ngón chân cái.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 81).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP VẬN ĐỘNG CHO TRẺ BỊ BIẾN DẠNG CỘT SỐNG (CONG VẠO, GÙ, UỖN)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Cong vẹo cột sống là tình trạng cột sống lệch sang bên phải hoặc trái so với đường giữa của cột sống nếu nhìn thẳng từ phía sau lưng.

- Gù cột sống là tình trạng đoạn cột sống lưng cong quá mức ra phía sau so với đường cong sinh lý nếu nhìn từ phía bên của người bệnh.

- Uưỡn cột sống là tình trạng đoạn cột sống thắt lưng cong quá mức ra phía trước (ưỡn) so với đường cong sinh lý nếu nhìn từ phía bên người bệnh.

- Các bài tập vận động giúp đề phòng các biến chứng cũng như giúp trẻ phát triển cân bằng hơn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vẹo cột sống.

- Gù cột sống.

- Uưỡn cột sống.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cột sống.

- Khối u cột sống và u cạnh cột sống.

- Bệnh ưa chảy máu.

- Bệnh tắc mạch máu.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ phục hồi chức năng.

- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Đệm tập, dụng cụ đo góc.

4.3. Bệnh nhi

Mặc quần áo rộng, thoải mái khi thực hiện thao tác.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Có chỉ định của bác sĩ điều trị.

5. THỰC HIỆN

5.1. Bài tập 1

Tăng tầm vận động của cột sống lưng

- Mục tiêu:

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

+ Kéo giãn nhóm cơ duỗi lưng.

- Kỹ thuật:

+ Tư thế: ngồi, 2 chân duỗi thẳng và áp sát, 2 tay đưa ra phía trước.

+ Tư thế kỹ thuật viên: ngồi cạnh và làm mẫu.

+ Tiến hành: bệnh nhi duỗi thẳng 2 chân áp. Hai tay đưa ra trước lưng gập, càng gần các ngón càng tốt.

5.2. Bài tập 2

Tăng cơ lực nhóm cơ gập và xoay thân

- Mục tiêu

+ Tăng cơ lực nhóm cơ gập và xoay thân.

+ Tăng cường tính linh hoạt của cột sống

- Kỹ thuật:

+ Tư thế bệnh nhi: nằm ngửa, 2 tay đan sau gáy, 2 chân duỗi thẳng.

+ Tư thế kỹ thuật viên: đứng hoặc quỳ bên cạnh, 1 tay cố định trên 2 đùi và 1 tay cố định trên 2 cẳng chân bệnh nhi.

+ Tiến hành: kỹ thuật viên cố định 2 chân, bệnh nhi 2 tay đan sau gáy, gập thân và xoay thân, khuỷu sang bên đối diện.

5.3. Bài tập 3

Kéo giãn cơ ở phần lõm của đường cong

- Mục tiêu:

+ Kéo giãn các nhóm cơ phía lõm của đường cong thắt lưng trái.

+ Phòng ngừa co rút cột sống thắt lưng.

- Kỹ thuật:

+ Tư thế bệnh nhi: nằm sấp, 2 tay bám chặt 2 bên cạnh bàn.

+ Tư thế kỹ thuật viên: đứng cạnh bệnh nhi và đỡ 2 tay mặt trước đùi bệnh nhi.

+ Tiến hành: bệnh nhi giữ thân trên của mình cố định. Kỹ thuật viên kéo giãn đốt sống vùng thắt lưng sang trái.

5.4. Bài tập 4

Kéo giãn cơ ở phần lõm của đường cong

- Mục tiêu: kéo giãn phía lõm của đường cong ngực phải, tăng tính linh hoạt và duy trì tầm vận động của cột sống lưng.

- Kỹ thuật:

+ Tư thế bệnh nhi: nằm nghiêng sang phía có đường cong, thả người xuống mép bàn.

- + Tư thế kỹ thuật viên: đứng và giữ hông bệnh nhi.
- + Tiến hành: bệnh nhi thả người xuống mép bàn, tay phía trên duỗi thẳng qua đầu, cuộn 1 khăn tắm kê vào đỉnh đường cong. Giữ tư thế này 3 đến 5 phút.

5.5. Bài tập 5

Kéo giãn cột sống

- Mục tiêu:

- + Kéo giãn cột sống.
- + Tăng cường tính đàn hồi của thân mình.

- Kỹ thuật:

- + Tư thế bệnh nhi: đứng 2 tay gập 180⁰, duỗi thẳng.
- + Tư thế kỹ thuật viên: đứng cạnh.
- + Tiến hành: hai tay bệnh nhi bám vào xà ngang, gắng cho gót chân rời khỏi sàn.

5.6. Bài tập 6

- Mục tiêu

- + Tập mạnh nhóm cơ nghiêng thân.
- + Kéo giãn phía lồi của đường cong ngực phải.

- Kỹ thuật:

- + Tư thế bệnh nhi: nằm nghiêng.
- + Tư thế kỹ thuật viên: đứng sau.
- + Tiến hành: bệnh nhi nằm nghiêng về phía trái và nhấc thân lên khỏi sàn để kéo giãn phía lồi của đường cong ngực phải.

5.7. Bài tập 7

- Mục tiêu:

- + Cải thiện chức năng hô hấp và tim mạch.
- + Tăng cường độ giãn nở của lồng ngực.

- Kỹ thuật:

- + Tư thế bệnh nhi: nằm ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.
- + Tư thế kỹ thuật viên: đứng cạnh
- + Tiến hành: Bệnh nhi hít sâu và thở ra từ từ. Hai tay bệnh nhi đặt dưới cơ hoành.

5.8. Bài tập 8

- Mục tiêu:

- + Cải thiện tư thế cột sống.

- + Tăng cường chức năng phổi.
- Kỹ thuật:
 - + Tư thế bệnh nhi: ngồi, người cúi về phía trước.
 - + Tư thế kỹ thuật viên: ngồi sau, 2 bàn tay đặt sau lưng và đáy phổi.
 - + Tiến hành: bệnh nhi hít vào thật sâu và thở ra từ từ, đảm bảo có sự giãn nở của lồng ngực.
- Theo dõi: ghi chép phiếu tập
 - + Ghi ngày, giờ tập.
 - + Ghi số lần tập.

5.9. Thời gian tập

Từ 30-60 phút.

6. THEO DÕI

Theo dõi tình trạng trẻ, mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

7. XỬ LÝ TAI BIẾN

Thận trọng với các trẻ vẹo cột sống nặng với góc Cobb trên 40°.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng(2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 146).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT KIỂM SOÁT TƯ THẾ VÀ VẬN ĐỘNG CHO NGƯỜI BỆNH PARKINSON

1. ĐẠI CƯƠNG

- Rối loạn tư thế là triệu chứng thường gặp ở người bệnh Parkinson, đặc biệt là tư thế gập/ngả người ra trước, hậu quả của rối loạn tư thế ở người bệnh Parkinson gây hạn chế tầm nhìn, khó khăn khi ăn, nói, giảm khả năng đi lại và tăng nguy cơ ngã.

- Các kỹ thuật kiểm soát tư thế là cần thiết đối với người bệnh Parkinson để cải thiện chức năng sinh hoạt cũng như nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh Parkinson giai đoạn I đến IV (theo Hoehn & Yahr Scale).

- Người bệnh hiểu và hợp tác được.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh Parkinson đang mắc bệnh nội khoa cấp tính chưa kiểm soát được.

- Bệnh Parkinson giai đoạn V.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên phục hồi chức năng, bác sĩ phục hồi chức năng.

4.2. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh mục đích của bài tập.

4.3. Phương tiện

Giường tập, ghế tựa (phần tựa thấp ngang đỉnh xương bả vai), thảm, gối mỏng mật độ chắc.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kỹ thuật kéo cằm ra sau

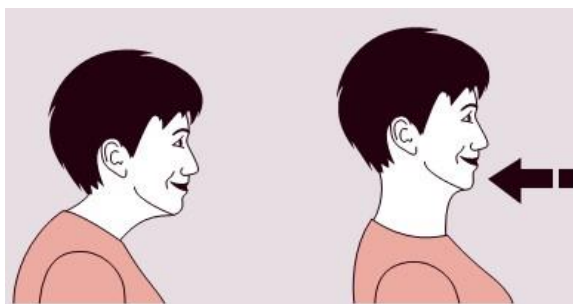
Mục đích bài tập: kỹ thuật này chống lại tư thế đầu cúi gập ra phía trước ở người bệnh Parkinson.

- Bước 1. KTV làm bài tập mẫu tư thế ngồi và tư thế nằm sau đó đưa người bệnh vào ghế/giường tập.

- Bước 2. Thực hiện bài tập:

+ Tư thế nằm: nằm ngửa trên giường đệm không lún, kê gối ở vị trí xương chẩm, không đặt gối ở cột sống cổ. Yêu cầu người bệnh kéo đầu ra phía sau sao cho tạo ra 2 cằm, lúc này có cảm giác đầu ép xuống gối (thể hiện qua độ lún gối), người bệnh có thể tự hướng dẫn cử động bằng cách đặt 2 ngón tay ở trước cằm, giữ ở tư thế 2 giây sau đó thư giãn. Lặp lại 8-15 lần/chuỗi tập, mỗi buổi tập 4-5 chuỗi.

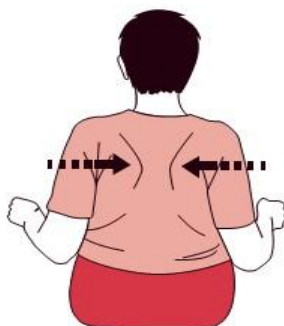
+ Tư thế ngồi: tốt nhất là ngồi trước gương, ngồi ghế có tựa phần lưng. Người bệnh cũng làm thực hiện các động tác như tạo ra 2 cầm bằng cách kéo đầu ra phía sau.



5.2. Kỹ thuật kéo xương bả vai

Mục đích: nhằm giảm độ cong/gù vùng bả vai.

- Bước 1. KTV làm bài tập mẫu sau đó hướng dẫn tư thế đúng khi tập.
- Bước 2. Thực hiện bài tập: Người bệnh ngồi thẳng lưng nhất có thể, khuỷu tay gập 90°, cánh tay áp sát thân, kéo 2 khuỷu về phía sau thân lúc này 2 xương bả vai kéo gần sát cột sống, cố gắng kéo cho vai càng phẳng càng tốt, giữ ở tư thế này 2-5 giây sau đó thư giãn. Lặp lại động tác từ 8-15 lần/chuỗi, mỗi buổi tập 4-5 chuỗi tập, xen kẽ với các kỹ thuật khác.



5.3. Kỹ thuật ưỡn ngực

Mục đích: nhằm giảm độ gù vùng lưng cao.

- Bước 1. KTV hướng dẫn tư thế đúng khi tập và thực hiện bài tập mẫu trước, sau đó sẽ hướng dẫn người bệnh tập cụ thể.
- Bước 2. Thực hiện bài tập:
 - + Người bệnh ngồi dựa lưng trên ghế có phần tựa thấp dưới đỉnh của xương bả vai, 2 tay người bệnh cài vào nhau về đặt phía sau đầu.
 - + ưỡn ngực ra trước đồng thời mở rộng khuỷu ra sau và ra 2 bên, mặt của người bệnh hướng lên trần nhà, giữ 3-5 giây sau đó thư giãn.
 - + Lặp lại động tác từ 8-15 lần/1 chuỗi tập sau đó chuyển sang bài tập khác, rồi lặp lại 3-4 chuỗi tập như trên.

Chú ý:

- Luôn thở đều trong khi tập, tránh nín thở trong khi tập.

- Tăng dần số lần tập và chuỗi tập để tránh mệt và mỏi cơ.
- Thời gian tập 1 buổi từ 15-20 phút tùy theo tình trạng người bệnh.

6. THEO DÕI

- Tiến bộ về kiểm soát tư thế của người bệnh.
- Có thể xuất hiện mỏi cơ sau tập.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Đau mỏi cơ: thư giãn, nghỉ ngơi, có thể xem xét giảm cường độ tập (chuỗi tập và số lần tập).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 161).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP NGỒI/ ĐỨNG DẬY TỪ SÀN NHÀ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ngã là hiện tượng hay gặp ở người cao tuổi. Nếu người cao tuổi phải nằm dưới sàn nhà kéo dài sẽ làm cho hậu quả của ngã thêm trầm trọng như hạ thân nhiệt, tiêu cơ vân, đè ép thần kinh.

- Học cách tự ngồi/đứng dậy khi bị ngã là một trong nhiệm vụ của kỹ thuật viên Phục hồi chức năng khi phục hồi chức năng cho người cao tuổi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người cao tuổi.

- Người có nguy cơ ngã: vừa ra viện, người có rối loạn thăng bằng, người bệnh Parkinson...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh rối loạn ý thức, không hợp tác.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích rõ về kỹ thuật.

- Người bệnh được nghỉ ngơi trước tiến hành kỹ thuật.

4.3. Phương tiện

Phòng thoáng, mát.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Bước 1. Chuẩn bị:

+ Khi bị ngã mà ngồi dậy quá nhanh và không đúng cách có thể bị chấn thương nặng lên.

+ Quan sát xung quanh tìm mục tiêu là một chỗ vững chắc (ghế, giường,...) gần nhất, hoặc chân cầu thang.

+ Cố gắng chuyển tư thế nằm nghiêng rồi nằm sấp, đầu xoay trước sau đó đến vai, hông và cuối cùng là chân.

- Bước 2. Nâng người dậy:

+ Dùng tay đẩy nửa trên người cao lên. Nâng cao đầu và cố gắng giữ ổn định tư thế này.

- + Từ từ co chân, chống người lên và bò tới mục tiêu.
- + Đặt tay lên ghế (mục tiêu), duỗi 1 chân thẳng Lên sàn nhà, 1 chân co.
- Bước 3. Ngồi dậy:
 - + Quỳ một gối xuống sàn nhà.
 - + Từ từ đẩy người lên và xoay người ngồi vào ghế.
 - + Ngồi nghỉ vài phút trước khi làm việc khác.



Bước 1



Bước 2



Bước 3



Bước 4

Thời gian tập: 15 phút/1 buổi tập

6. THEO DÕI

Theo dõi sát trong quá trình thực hiện kỹ thuật, tránh tai biến có thể làm chấn thương thêm người bệnh.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Đau mỗi cơ khi tập luyện: Nghỉ ngơi, giảm cường độ tập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 166).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT DỊCH CHUYỂN SỚM CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY NÃO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dịch chuyển sớm (Early Mobilisation) là ngồi hoặc đứng sớm trong vòng 24-48 giờ sau đột quy với thời gian tối thiểu là 20 phút. Có thể cho người bệnh ngồi trên giường và ngồi vài lần trong ngày. Việc chỉ cho người bệnh xoay trở hoặc/và tập vận động tại giường không được xem là dịch chuyển sớm.

- Dịch chuyển sớm làm giảm tử lệ tử vong do biến chứng viêm phổi, nhiễm trùng tiêu,... hạn chế loét cùng cụt và giúp người bệnh mau hồi phục.

2. CHỈ ĐỊNH

- Quyết định dịch chuyển sớm sẽ tùy vào quyết định của bác sĩ lâm sàng và bác sĩ phục hồi chức năng.

- Theo sự đồng thuận của các chuyên gia Việt Nam trong lĩnh vực liên quan:

+ Dịch chuyển sớm chủ yếu chỉ áp dụng cho người bệnh nhồi máu não.

+ Dịch chuyển sớm thường bắt đầu từ sau đột quy não ngày thứ 2.

- Chỉ định:

+ Trên 18 tuổi.

+ Điểm NIHSS < 16 HOẶC điểm Rankin cải biên (mRS) < 4.

+ Huyết áp trung bình 80-100 mmHg.

+ Không có các chống chỉ định.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có bệnh lý tim mạch nặng, chống chỉ định ngồi hay rời giường sớm (suy tim nặng hay loạn nhịp nặng, huyết khối trong buồng tim). Bệnh mạch vành hoặc bệnh nội khoa khác không ổn định.

- Huyết áp dao động. Người bệnh cần nâng HA do có bằng chứng giảm tưới máu. Người bệnh cần kiểm soát HA hoặc nhịp tim bằng đường tĩnh mạch. HA tâm thu > 220 mmHg, HA tâm trương > 110 mmHg.

- Tình trạng nặng khi nhập viện. Cần theo dõi chức năng tim liên tục.

- Sau sử dụng thuốc tiêu huyết khối đường động mạch hoặc tĩnh mạch hoặc phẫu thuật lấy huyết khối < 24 giờ. Người bệnh huyết khối thân nền hoặc hội chứng đỉnh thân nền.

- Người bệnh sau can thiệp XQ thần kinh hoặc thủ thuật chẩn đoán < 24 giờ.

- Người bệnh đột quy bán cầu giảm ý thức và mất phản xạ bảo vệ đường thở. Người bệnh có các cơn thoáng thiếu máu não tăng dần.

- Người bệnh có tình trạng thần kinh đang diễn tiến xấu.

- Cần điều trị tại khu vực bệnh nặng, điểm Glasgow (GCS) ≤ 8.

- Có bằng chứng lâm sàng để quyết định chăm sóc cận tử (ví dụ: đột quy nặng).

- Cần phẫu thuật sớm nhồi máu não diện rộng ở bán cầu đại não hoặc hố sau,...
- Bão hòa Oxygen < 92% với thở oxy. Nhịp tim lúc nghỉ < 40 lần/phút hoặc > 110 lần/phút. Thân nhiệt > 38,5°C.
- Nghi ngờ hoặc có gãy chân.
- Thương tổn tăng đậm độ có thể do xuất huyết bất cứ mức độ trên phim CT.
- Thay đổi sớm nhồi máu lớn: giảm đậm độ rõ, phù não, hiệu ứng choán chỗ.
- CT ghi nhận nhồi máu não nhiều thùy (giảm đậm độ > 1/3 bán cầu đại não).

Chú ý:

- Điều kiện để có thể tiến hành cho người bệnh dịch chuyển sớm: phải hội đủ 3 tiêu chuẩn đưa vào theo bảng kiểm.
- Trường hợp bị loại trừ: chỉ cần có 1 trong 18 tiêu chuẩn loại trừ ở trên.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

Máy đo huyết áp, máy đo SpO₂.

4.3. Người bệnh

- Ở tư thế nằm thoải mái trong khi tập.
- Giải thích để người bệnh hiểu, hợp tác trong quá trình tập.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu điều trị của chuyên khoa.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

Tên tuổi, các yếu tố cá nhân.

5.2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra chỉ định, các phương pháp điều trị đã đặt ra.

5.3. Các bước tiến hành

5.3.1. Bước 1

- Cho ngồi sớm dựa vào tiêu chuẩn đồng thuận của các chuyên gia Việt Nam.
- Lưu ý: cần có sự hội chẩn giữa bác sĩ lâm sàng và bác sĩ Phục hồi chức năng và quyền quyết định phụ thuộc vào bác sĩ lâm sàng.

5.3.2. Bước 2

- Kiểm tra mạch và huyết áp của người bệnh.
- Vẫn lưu máy đo để theo dõi (hình 1).

5.3.3. Bước 3

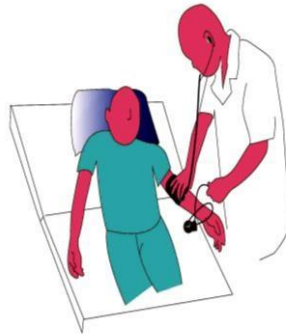
Quay đầu giường lên chậm đến khoảng 30° - 45° , dừng lại vài phút, kiểm tra huyết áp (hình 2).

- Nếu huyết áp tâm thu không hạ quá 20 cm thủy ngân so với tư thế nằm → tiếp tục quay giường lên cao đến tư thế ngồi (chú ý: hai chân vẫn để trên giường) (hình 3), kiểm tra huyết áp sau 5 phút (hình 4), nếu huyết áp ổn, cho người bệnh ngồi với 2 chân thõng ra ngoài cạnh giường 5 phút cho lần ngồi dậy đầu tiên (hình 5). Cho người bệnh ngồi khoảng 10-20 phút. Trong thời gian này tiếp tục theo dõi huyết áp tâm thu và tình trạng tri giác người bệnh.

- Nếu huyết áp tâm thu hạ quá 20 cm thủy ngân so với tư thế nằm hoặc tri giác người bệnh xấu hơn (lẫn lộn hơn trước khi ngồi): cho người bệnh nằm xuống lại.



Hình 1. Kiểm tra mạch và huyết áp của người bệnh trước khi chỉ định ngồi.



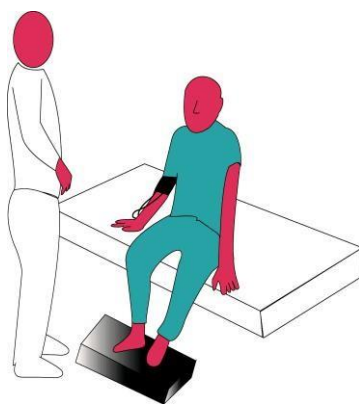
Hình 2. Quay đầu giường lên chậm đến $30 - 45^{\circ}$, dừng lại vài phút, kiểm tra huyết áp



Hình 3. Nâng người bệnh hoặc quay giường đến vị trí 90 độ



Hình 4. Kiểm tra huyết áp sau khi ngồi ở vị trí 90 độ được 5 phút



Hình 5. Người bệnh ngồi 2 chân thõng ra ngoài cạnh giường 5 phút cho lần ngồi dậy đầu tiên.

Chú ý: Hai chân đặt trên bục

5.3.4. Bước 4.

Nếu cho người bệnh ngồi lần đầu thuận lợi, có thể bàn với bác sĩ lâm sàng về quyết định cho người bệnh tập đứng vào ngày hôm sau và có thể tiến hành sớm việc di chuyển sang ghế hoặc xe lăn.

- Những ngày hoặc tuần sau đó, khi tình trạng người bệnh đã cải thiện nhiều: kỹ thuật viên sẽ hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh cách tự ngồi dậy.
- Khi người bệnh ngồi tương đối vững, có thể cho người bệnh tự ngồi và tập trượt hai tay trên bàn để chuẩn bị cho tập thăng bằng và đứng lên ngồi xuống sau này.
- Thời gian tùy thuộc tình trạng người bệnh, có thể từ 10-30 phút.

6. THEO DÕI

- Nhận xét, ghi kết quả điều trị sau mỗi lần tập, cả đợt tập.
- Bàn giao điều dưỡng của khoa lâm sàng: theo dõi kỹ tri giác nhiều giờ sau trong ngày cho ngồi lần đầu tiên: nếu có tình trạng tri giác xấu hơn báo bác sĩ lâm sàng xử trí.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Nếu huyết áp tâm thu hạ quá 200 mmHg so với tư thế nằm hoặc tri giác người bệnh xấu hơn (lẫn lộn hơn trước khi ngồi). Cho người bệnh nằm xuống lại và báo cho bác sĩ lâm sàng biết.

PHỤ LỤC THANG ĐIỂM NIHSS HIỆU CHỈNH

Mục số	Tên mục	Hướng dẫn cho điểm	Điểm
1B	Câu hỏi về mức độ ý thức: Ông (Bà) bao nhiêu tuổi? Bây giờ là tháng mấy?	= Đúng cả hai câu = Đúng 1 câu = Không đúng câu nào	
1C	Mức độ ý thức: các yêu cầu: Nắm tay tôi. Nhắm/mở mắt.	= Đúng cả hai câu = Đúng 1 câu = Không đúng câu nào	
2	Liệt nhìn	= Bình thường = Liệt một phần = Liệt toàn bộ	
3	Thị trường	= Không mất thị trường = Bán manh một phần = Bán manh toàn bộ = Bán manh hai phía	
5A	Vận động tay trái: Đưa tay ra trước và giữ ở: 90° nếu ngồi 45° nếu nằm	= Không rơi = Rơi < 10 giây = Không thể kháng lại trọng lực < 10 giây = Không có nỗ lực chống lại trọng lực = Không cử động	
5B	Vận động tay phải: Đưa tay ra trước và giữ ở: 90° nếu ngồi 45° nếu nằm	= Không rơi = Rơi < 10 giây = Không thể kháng lại trọng lực < 10 giây = Không có nỗ lực chống lại trọng lực = Không cử động	

6A	Vận động chân trái: Nâng chân lên 30° (nằm)	= Không rơi = Rơi < 10 giây = Không thể kháng lại trọng lực < 10 giây = Không có nỗ lực chống lại trọng lực = Không cử động	
----	--	---	--

6B	Vận động chân phải: Nâng chân lên 30° (nằm)	= Không rơi = Rơi < 10 giây = Không thể kháng lại trọng lực < 10 giây = Không có nỗ lực chống lại trọng lực = Không cử động	
7	Cảm giác	= Bình thường = Bất thường	
8	Ngôn ngữ	0 = Bình thường 1 = Aphasia nhẹ = Aphasia nặng = Yên lặng, hoặc Aphasia toàn bộ	
9	Sự sao nhãng, không chú ý	= Bình thường = Nhẹ = Nặng	

TỔNG CỘNG :...../31

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 171).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP BẮT BUỘC TAY BÊN LIỆT (CIMT)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Kỹ thuật tập bắt buộc bên liệt (CIMT: Constraint induced movement therapy) là một phương pháp can thiệp cụ thể cho phục hồi chi trên và bàn tay liệt, được dựa trên sự liên kết thần kinh và những giả thuyết về việc học tập vận động (motor learning).

- Mục đích chính của phương pháp này là ép buộc tay liệt phải hoạt động tối đa tới mức có thể để hoạt hóa và kích thích các tế bào thần kinh nhằm đem lại cho người bệnh kết quả chức năng tốt hơn.

- Kỹ thuật này áp dụng cho người bệnh liệt nửa người khi bên liệt có duỗi chủ động khớp cổ tay trên 20° , gấp chủ động khớp bàn ngón tay và khớp liên đốt gần của 3 ngón dài trên 10° .

2. CHỈ ĐỊNH

Các giai đoạn bán cấp, mạn tính của liệt nửa người do đột quỵ, chấn thương sọ não, viêm não, viêm màng não.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trong tình trạng cấp cứu (trong 2 tuần đầu).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng.
- Kỹ thuật viên phục hồi chức năng đã được đào tạo và thành thạo kỹ thuật.

4.2. Phương tiện

Găng tay, đai đeo, dụng cụ tập luyện,...

4.3. Người bệnh

Thông báo, giải thích rõ ràng để người bệnh và gia đình yên tâm, hợp tác.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ.

5. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

5.1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Chỉ định điều trị.
- Thời gian điều trị.
- Các thông số đánh giá chức năng bàn tay liệt người bệnh trước khi điều trị.

5.2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng người bệnh trước khi tập.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

Thời gian thực hiện 20-30 phút tùy tình trạng sức khỏe của người bệnh.

- Bước 1. bộc lộ vùng cẳng tay bàn tay bên lành.
- Bước 2. tiến hành đeo găng tay vào tay bên lành. Hoặc dùng băng chun cuốn quanh bàn tay lành, chú ý không cuốn chặt. Hoặc dùng đai treo nâng đỡ cánh, cẳng, bàn tay lành.
- Bước 3. thời gian đeo trong 90% thời gian thức trong giai đoạn 2-3 tuần, kết hợp với việc cố gắng vận động tay liệt trong khi luyện tập cũng như trong SHHN.
- Bước 4. dùng danh mục thói quen để liệt kê chi tiết các hành động cần phải làm ở nhà trong khi bó tay nhằm mục đích tăng cường sử dụng tay liệt của người bệnh khi không ở bệnh viện.

6. THEO DÕI

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tập.
- Theo dõi phát hiện các dấu hiệu bất thường ở tay lành sau thời gian tập.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Hầu như không có tai biến hay tác dụng phụ trong quá trình luyện tập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 178).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GƯƠNG TRỊ LIỆU

1. ĐẠI CƯƠNG

Cải thiện tầm vận động, tốc độ cũng như độ khéo léo của bàn tay, chức năng chi dưới trong phục hồi chức năng vận động ở người bệnh liệt nửa người do đột quỵ.

2. CHỈ ĐỊNH



Phục hồi chức năng chi trên và chi dưới ở các giai đoạn của liệt nửa người do tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não, viêm não, viêm màng não, đau chi do cắt cụt chi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thận trọng khi người bệnh còn trong tình trạng cấp cứu.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng.
- Kỹ thuật viên phục hồi chức năng được đào tạo và thành thạo kỹ thuật.
- Người nhà và bản thân người bệnh được hướng dẫn đầy đủ.

4.2. Phương tiện

- Hộp gương có kích thước phù hợp cho chi trên và chi dưới.
- Bóng cao su.
- Bàn tập, ghế gôi.
- Phòng yên tĩnh.

4.3. Người bệnh

Thông báo, giải thích rõ ràng để người bệnh và gia đình yên tâm, hợp tác.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ

5. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

5.1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Chỉ định điều trị.

- Thời gian điều trị.
- Thông số đánh giá về chức năng bàn tay liệt người bệnh trước khi điều trị.

5.2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng người bệnh trước khi tập.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

a) Chi trên:

- Bước 1. Bộc lộ vùng cần điều trị chi trên
- Bước 2. Gương đặt trên bàn, trước mặt người bệnh. Tay lành của người bệnh sẽ được đặt đối diện với gương. Tay liệt đặt phía đằng sau gương.
- Bước 3. Trong suốt thời gian tập, người bệnh sẽ quan sát cử động của tay lành qua gương, cố gắng tưởng tượng tay cử động trong gương chính là tay liệt. Đồng thời, cử động tay liệt theo tay lành.

Các bài tập cho bàn tay và cổ tay:

- + Thực hiện các cử động bình thường của bàn tay như gập duỗi, dạng khớp các ngón tay, đối chiếu ngón cái với các ngón tay khác. Thực hiện các cử động của cổ tay như gập duỗi cổ tay, nghiêng trụ, nghiêng quay cổ tay.
- + Tập với dụng cụ làm tăng sức mạnh bàn tay như bóng cao su hoặc miếng mút.
- + Tiến hành can thiệp phương pháp gương trong thời gian 30 phút/ngày, 5 ngày/tuần.
- + Thực hiện 5 ngày/tuần x 4 tuần.

b) Chi dưới:

- Bước 1. Bộc lộ vùng cần điều trị chi trên
- Bước 2. Gương đặt ở đường giữa cơ thể và giữa hai chân của người bệnh.
- Bước 3. Người bệnh thực hiện các động tác co duỗi đồng thời hai bên của chi dưới trong khi quan sát chuyển động của chi không bị ảnh hưởng được phản chiếu qua gương.

Thực hiện 20-30 phút/lần/ngày x 5 ngày/tuần x 4 tuần.

6. THEO DÕI

Đánh giá tình trạng người bệnh trong và sau khi tập.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Võ gương nếu gây tai nạn cho người bệnh: xử trí cấp cứu theo quy định.
- Chóng mặt, đau đầu, ngã: dừng tập và xử trí theo quy định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 180).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GIÃN SƯỜN

1. ĐẠI CƯƠNG

Giãn sườn là kỹ thuật thở với sự trợ giúp của nhân viên y tế để tăng độ giãn nở của lồng ngực và cơ hô hấp, giảm tình trạng biến dạng lồng ngực, đồng thời tăng đào thải acid lactic sau các bài tập tăng sức mạnh, sức bền cơ hô hấp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh hạn chế hô hấp: lao cột sống giai đoạn ổn định, tổn thương tủy sống giai đoạn ổn định, gù vẹo cột sống, tràn dịch-dày dính màng phổi, các bệnh phổi kẽ,...
- Người bệnh sau phẫu thuật lồng ngực.
- Sau các bài tập tăng sức mạnh, sức bền cơ hô hấp: thở có kháng trở, tập thở với các dụng cụ hỗ trợ...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có gãy hoặc rạn xương sườn mới.
- Biên chứng chảy máu, tràn khí màng phổi sau phẫu thuật
- Người bệnh không hợp tác

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Phục hồi chức năng; kỹ thuật viên vật lý trị liệu/phục hồi chức năng; điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên y có chứng chỉ hoặc chứng nhận đào tạo về phục hồi chức năng.

4.2. Phương tiện

Giường, gối, ghế.

4.3. Người bệnh

Giải thích để người bệnh hiểu mục đích của kỹ thuật, các vấn đề cần chú ý trong và sau khi tập để phối hợp thực hiện.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu điều trị chuyên khoa vật lý trị liệu có chỉ định của bác sĩ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế người bệnh

- Người bệnh nằm nghiêng bên bệnh lên trên, đầu có kê gối.
- Kê gối dưới phần lồng ngực tiếp xúc với mặt giường.

5.2. Kỹ thuật

Người thực hiện đứng ở phía sau lưng người bệnh

- Bước 1. Người thực hiện đặt hai cẳng tay lần lượt vào vùng nách sau và vùng mào chậu trước trên của người bệnh, hai bàn tay áp vào thành ngực của người bệnh

- Bước 2. Người bệnh hít sâu tối đa làm căng giãn lồng ngực đồng thời người thực hiện kéo giãn khoang liên sườn đến hết tầm.

- Bước 3. Người bệnh thở ra hết, lồng ngực và tay người thực hiện trở lại vị trí ban đầu.



Bước 1



Bước 2



Bước 3

- Bước 4. Thực hiện kỹ thuật: 2-4 lần/ngày, thực hiện trước và sau các bài tập cơ hô hấp. Mỗi lần thực hiện trung bình khoảng 10 phút.

6. THEO DÕI

6.1. Khi tập luyện

- Tình trạng toàn thân, sắc mặt, màu sắc da, nhịp thở, kiểu thở.
- Di động của lồng ngực, độ giãn nở của lồng ngực, tình trạng đau.

6.2. Sau khi tập

Theo dõi tình trạng đau của người bệnh.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2019), (Ban hành kèm theo Quyết định số 2520/QĐ-BYT ngày 18 tháng 6 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 149)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP THỞ VỚI DỤNG CỤ

1. ĐẠI CƯƠNG

Tập thở là kỹ thuật làm giãn nở lồng ngực nhờ tăng cường các cơ hô hấp và nhằm tạo được kiểu thở đúng, có hiệu quả.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý đường hô hấp.
- Các bệnh phổi nguyên phát hoặc thứ phát, suy giảm thông khí phổi, ứ đọng đờm nhớt ở phổi.
- Trước hoặc sau phẫu thuật: lồng ngực, tim mạch, phổi, bụng, vẹo cột sống.
- Tồn thương tuỷ sống vùng cổ và ngực cao.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Lao phổi tiến triển.
- Chấn thương lồng ngực, cơ hoành khi chưa được xử trí.
- Tràn khí màng phổi chưa được xử trí.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ phục hồi chức năng hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

4.2. Phương tiện

- Máy kiểm tra SpO₂.
- Giường, bàn ghế, ống nghe, máy đo huyết áp.
- Gương soi, gối kê lót, khăn mềm.
- Các dụng cụ tập thở: bóng hơi, cốc nước, ống thông, dụng cụ COACH₂,...

4.3. Người bệnh

- Tinh thần thư giãn, thoải mái, hiểu y lệnh, sẵn sàng tập thở.
- Quần áo nới rộng.
- Chuẩn bị tư thế: tư thế fowler từ 60° trở lên, ngồi-đứng.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chép đầy đủ các tình trạng bệnh lý của người bệnh.
- Nắm vững các chỉ định và chống chỉ định của bác sĩ phục hồi chức năng.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tâm lý tiếp xúc

Giải thích cặn kẽ lý do, mục tiêu, mục đích tập thở cho người bệnh và gia đình để hợp tác điều trị.

Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng các dụng cụ tập thở và nêu mục tiêu đạt được kết quả như mong muốn.

Các loại dụng cụ tập thở:

- Tập thở với bóng hơi: Người bệnh được khuyến khích thổi bóng hơi với lượng khí thở ra dài. Sản phẩm là quả bóng được thổi căng tròn. Tùy vào tổng trạng và tình trạng bệnh lý của người bệnh mà yêu cầu kích thước bóng hơi nhỏ hay lớn. Thích hợp cho những người bệnh thuộc dạng bệnh phổi tắc nghẽn (khó khăn trong việc thở ra).

- Tập thở với cốc nước hoặc ống thông: Trường hợp chú trọng thì hít vào: yêu cầu người bệnh hút nước (hút 1 hơi liên tục). Trường hợp chú trọng thì thở ra: yêu cầu người bệnh thổi 1 hơi dài (tạo bọt khí). Khả năng hít vào hay thở ra của người bệnh được đánh giá thông qua chiều dài của ống hút.

Chú ý:

- Để đảm bảo vệ sinh, rửa sạch ống hút trước, sau khi sử dụng. Để nơi khô ráo.
- Không được thổi hơi vào dụng cụ (chỉ sử dụng để tập hít vào). Sự ẩm ướt có thể là nguyên nhân gây ra dự sai lệch kết quả và tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của vi khuẩn lây nhiễm.
- Luôn giữ cho dụng cụ thẳng đứng trong suốt quá trình luyện tập.
- Ghi nhận lại thể tích (ml) khí hít vào sau mỗi lần tập để theo dõi sự tiến bộ.
- Chỉ sử dụng mỗi người một dụng cụ, tránh lây lan bệnh qua đường hô hấp.
- Dụng cụ sử dụng hiệu quả trong khoảng 2 tuần (kể từ ngày luyện tập) hoặc sau khoảng 1000 lần sử dụng,...

6. THEO DÕI

- Khi tập thở:

- + Toàn thân, sắc mặt, màu sắc da, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở.
- + Di động của lồng ngực, cơ hoành (nâng lên khi hít vào).

- Sau tập thở:

- + Theo dõi tính độc lập chủ động tự tập thở, nhịp thở, kiểu thở.
- + Kỹ thuật viên theo dõi kết quả luyện tập: thở đúng.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Mệt mỏi, mất cân bằng, choáng váng, mạch tăng: ngừng tập, báo cáo ngay cho bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng để kịp thời xử trí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2017), (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 158).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ CÓ TRỢ GIÚP

1. ĐẠI CƯƠNG

Thở có trợ giúp là phương pháp thở có sự trợ giúp của nhân viên y tế để người bệnh hoàn tất tối đa động tác hô hấp nhằm tăng đào thải khí cặn, tăng khả năng tổng thải đờm dịch ra ngoài và tăng thông khí.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh có tăng tiết và ứ đọng đờm dịch: Viêm phổi, áp xe phổi, giãn phế quản, người bệnh thở máy hoặc người bệnh nằm lâu...

- Các bệnh có hạn chế hô hấp: lao cột sống, tổn thương tủy sống, gù vẹo cột sống, tràn dịch-dày dính màng phổi, các bệnh phổi kẽ, mệt cơ hô hấp...

- Người bệnh phẫu thuật có nguy cơ biến chứng hô hấp hậu phẫu: phẫu thuật lồng ngực, bụng, cột sống, thay khớp,...

- Các bệnh có tăng thể tích khí cặn: COPD, giãn phế nang,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có gãy hoặc rạn xương sườn mới.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Phục hồi chức năng; kỹ thuật viên vật lý trị liệu/phục hồi chức năng; điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên y có chứng chỉ hoặc chứng nhận đào tạo về phục hồi chức năng.

4.2. Phương tiện

Cột đưng đờm có nắp đậy, khẩu trang hô hấp.

4.3. Người bệnh

Giải thích mục đích kỹ thuật cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh để người bệnh yên tâm hợp tác.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu điều trị chuyên khoa vật lý trị liệu có chỉ định của bác sĩ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm trên giường, ngồi, hoặc đứng

5.2. Kỹ thuật

Người thực hiện đứng hoặc ngồi bên phổi cần trợ giúp

- Bước 1. Người thực hiện đặt tay lên thành ngực người bệnh tại vị trí cần tác động, hướng dẫn người bệnh chúm môi từ từ thổi ra, đồng thời ấn đẩy tay vào lồng ngực theo hướng di chuyển của xương sườn.

- Bước 2. Lặp lại nhiều lần ở nhiều khác nhau trên lồng ngực người bệnh.



Bước 1



Bước 2

5.3. Thời gian thực hiện

Ngày 2 lần mỗi lần trung bình khoảng 20 phút.

5.4. Lưu ý

- Trường hợp người bệnh có khả năng hợp tác: Động viên người bệnh phối hợp thực hiện, khi thở ra người bệnh phải chúm môi thổi ra từ từ. Khuyến khích người bệnh ho khạc đờm khi muốn ho khạc.

- Trường hợp người bệnh thở máy, người thực hiện cần quan sát máy thở và cử động lồng ngực của người bệnh để thực hiện động tác đúng thời điểm.

- Nguyên tắc: Chỉ tác động lực ở thì thở ra.

6. THEO DÕI

6.1. Khi tập luyện

- Tình trạng toàn thân, sắc mặt, màu sắc da, nhịp thở, kiểu thở.
- Di động của lồng ngực, số lượng đờm, màu sắc đờm, tình trạng đau ngực.

6.2. Sau khi tập

Tình trạng đau ngực.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Trong khi tập

Người bệnh có đau nhiều phần ngực có tác động hoặc đau ở vị trí có ống dẫn lưu. Cho người bệnh nghỉ tại chỗ và theo dõi tình trạng đau.

7.2. Sau khi tập

Nếu đau kéo dài và tình trạng toàn thân của người bệnh có biểu hiện bất thường cần giảm cường độ các lần sau và báo bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2019), (Ban hành kèm theo Quyết định số 2520/QĐ-BYT ngày 18 tháng 6 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 151)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ CÓ KHÁNG TRỞ

1. ĐẠI CƯƠNG

Thở có kháng trở là phương pháp tập luyện cơ hô hấp. Do nhân viên y tế tác động một lực kháng lên cơ hô hấp ở thì hít vào của người bệnh để giúp người bệnh tăng cường sức mạnh các cơ hô hấp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh hô hấp, tim mạch mạn tính: COPD, các bệnh phổi kẽ, ung thư phế quản phổi, suy tim...

- Các bệnh có hạn chế hô hấp: lao cột sống giai đoạn ổn định, tổn thương tủy sống giai đoạn ổn định, gù vẹo cột sống, tràn dịch-dày dính màng phổi, người bệnh xẹp phổi, mệt cơ hô hấp...

- Người bệnh sau phẫu thuật lồng ngực.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có gãy hoặc rạn xương sườn mới.

- Biên chứng chảy máu, tràn khí màng phổi sau phẫu thuật

- Ho ra máu đỏ tươi.

- Người bệnh không hợp tác

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Phục hồi chức năng; kỹ thuật viên vật lý trị liệu/ phục hồi chức năng; điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên y có chứng chỉ hoặc chứng nhận đào tạo về phục hồi chức năng.

4.2. Phương tiện

Một số phương tiện tạo kháng trở: gối, túi cát

4.3. Người bệnh

Giải thích mục đích kỹ thuật cho người bệnh hiểu để yên tâm hợp tác.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu điều trị chuyên khoa vật lý trị liệu có chỉ định của bác sĩ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế người bệnh

Nằm trên giường bằng, có kê gối dưới đầu.

5.2. Kỹ thuật

Người thực hiện ngồi hoặc đứng phía bên lồng ngực cần tập luyện

- Bước 1. Tay người thực hiện đặt vào vùng cần tác động trên thành ngực. Yêu cầu người bệnh hít sâu từ từ bằng mũi, đồng thời tay người thực hiện tác động một lực kháng lại một phần sự di chuyển của lồng ngực.

- Bước 2. Ở thì thở ra tay người thực hiện vẫn áp sát vào thành ngực đồng thời hướng dẫn người bệnh thở ra hết sức.



Bước 1



Bước 2

- Nguyên tắc: lực tác động tùy theo thể trạng và khả năng của người bệnh
- Tăng dần lực kháng sau mỗi lần tập
- Thời gian thực hiện: ngày 2 lần, mỗi lần trung bình khoảng 20 phút

6. THEO DÕI

6.1. Khi tập luyện

- Tình trạng toàn thân, sắc mặt, màu sắc da, nhịp thở, kiểu thở.
- Di động của lồng ngực, khả năng hít vào của người bệnh, tình trạng đau ngực.

6.2. Sau khi tập

Tình trạng mệt mỏi, đau ngực do tập quá sức.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Trong khi tập

Người bệnh có đau nhiều phần ngực có tác động hoặc đau ở vị trí có ống dẫn lưu. Cho người bệnh nghỉ tại chỗ và theo dõi tình trạng đau.

7.2. Sau khi tập

Nếu đau kéo dài và tình trạng toàn thân của người bệnh có biểu hiện bất thường cần giảm cường độ tác động ở các lần sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2019), (Ban hành kèm theo Quyết định số 2520/QĐ-BYT ngày 18 tháng 6 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 153)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẬP TĂNG SỨC MẠNH SỨC BỀN CHI VỚI DỤNG CỤ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Các bài tập cần đảm bảo đủ thời gian và cường độ tập luyện mới đạt hiệu quả. Cường độ tập luyện phải đạt 64-94% nhịp tim tối đa hoặc 40-85% thể tích tiêu thụ Oxy tối đa (VO_{2max}) hoặc nhịp tim tập luyện giúp tập sức mạnh, sức bền ngăn chặn tình trạng suy giảm khối cơ ở các chi trên, chi dưới và cơ hô hấp, tăng cường hoạt động hệ cơ quan (hô hấp, tim mạch, tiêu hóa, miễn dịch,...)

- Công thức tính nhịp tim tập luyện:

$$\text{Nhịp tim}_{\text{Tập luyện}} = \% \text{ Cường độ} \times [(220 - \text{tuổi}) - \text{Nhịp tim}_{\text{nghi}}] + \text{Nhịp tim}_{\text{nghi}}$$
$$\% \text{ cường độ} = 40\% - 85\%$$

2. CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh hô hấp, tim mạch mạn tính: COPD, các bệnh phổi kẽ, tràn dịch-dày dính màng phổi, ung thư phế quản phổi, suy tim,...

- Các bệnh hạn chế hô hấp: lao cột sống giai đoạn ổn định, tổn thương tủy sống giai đoạn ổn định, gù vẹo cột sống, tràn dịch-dày dính màng phổi, mệt cơ hô hấp,...

- Người bệnh sau phẫu thuật lồng ngực ổ bụng, xương khớp giai đoạn ổn định.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trường hợp có thử cơ 0, 1, 2,...

- Người bệnh không có khả năng hợp tác.

- Ho ra máu.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Phục hồi chức năng; kỹ thuật viên vật lý trị liệu/phục hồi chức năng; điều dưỡng phục hồi chức năng.

4.2. Phương tiện

Tạ, kim tập, lò xo tập, thiết bị kéo giãn, thiết bị đo mạch, SpO_2 ,...

4.3. Người bệnh

Giải thích để người bệnh hiểu mục đích kỹ thuật, các vấn đề cần chú ý.

4.4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu điều trị chuyên khoa vật lý trị liệu có chỉ định của bác sĩ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế người bệnh

Thoải mái, phù hợp vị trí cần tập, không làm hạn chế tầm vận động khi tập.

5.2. Nguyên tắc kỹ thuật

- Tập tăng sức mạnh cơ cần tập ở cường độ cao, lực cản lớn, thời gian ngắn.

- Tập tăng sức bền cơ cần tập ở cường độ thấp, lực cản nhỏ, thời gian dài.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Bước 1. Người thực hiện lượng giá cường độ luyện tập của người bệnh theo công thức nhịp tim tập luyện.

- Bước 2. Người thực hiện hướng dẫn người bệnh làm chuẩn các động tác khi tập với tạ, kim tập, lò xo tập, thiết bị kéo giãn,...

- Bước 3. Người thực hiện theo dõi về nhịp tim, SpO₂ trong suốt quá trình tập để đảm bảo cường độ tập luyện và đảm bảo an toàn cho người bệnh khi tập luyện.

5.4. Yêu cầu

- Thời gian tập luyện: 20-60 phút tập sức bền. Có thể liên tục hoặc ngắt quãng. Nhưng ít nhất có tổng 10 phút tập.

- Cường độ tập luyện: Các bài tập phải thực hiện ở cường độ đủ để người bệnh cảm thấy mức độ khó thở/mệt (ở 4-6 điểm, theo thang điểm Borg). Và duy trì cường độ đó trong suốt thời gian luyện tập.

6. THEO DÕI

6.1. Khi tập luyện

- Tình trạng toàn thân, sắc mặt, màu sắc da, nhịp thở, kiểu thở.
- Nhịp tim, mức độ khó thở/mệt theo thang điểm Borg.
- Cường độ, thời gian tập luyện.

6.2. Sau khi tập

KTV theo dõi kết quả luyện tập để thực hiện đúng. Theo dõi tình trạng đau của người bệnh.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau cơ: Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, các biện pháp vật lý trị liệu.
- Tập quá sức: Nghỉ ngơi.
- Khó thở: Cho người bệnh nghỉ ngơi, hướng dẫn thở chúm môi.
- Chóng mặt, mất thăng bằng: Dừng tập luyện, nghỉ ngơi và báo bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng (2019), (Ban hành kèm theo Quyết định số 2520/QĐ-BYT ngày 18 tháng 6 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế-Trang 163)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng. (2014) (Ban hành kèm theo Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
2. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng. (2017) (Ban hành kèm theo Quyết định số 5737/QĐ-BYT ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
3. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng. (2019) (Ban hành kèm theo Quyết định số 2520/QĐ-BYT ngày 18 tháng 6 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
4. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng. (2023) (Ban hành kèm theo Quyết định số 3665/QĐ-BYT ngày 28 tháng 09 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)