



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

YHCT- VLTL- PHCN -TẬP 3

2021

MỤC LỤC

Contents	
MỤC LỤC	3
YHCT.....	5
GIẢI ĐOẠN SAU CỦA ĐỘT QUỴ.....	6
VÀ DI CHỨNG TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO	6
LIỆT MẶT NGUYÊN PHÁT.....	10
RỐI LOẠN GIẤC NGỦ.....	12
VIÊM KHỚP DẠNG THẤP.....	14
THOÁI HÓA KHỚP	19
THOÁI HÓA ĐÓT SỐNG CỔ	22
THOÁI HÓA ĐÓT SỐNG THẮT LƯNG	25
THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG	28
THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ	32
LOÃNG XƯƠNG.....	35
SUY TĨNH MẠCH MẠN TÍNH CHI DƯỚI.....	38
ĐAU THẦN KINH TỌA.....	41
ĐAU LƯNG.....	44
VIÊM QUANH KHỚP VAI	47
ĐAU VAI GÁY.....	50
BỆNH GÚT.....	53
HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY	56
RỐI LOẠN LIPID MÁU	58
VIÊM LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG	61
HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH.....	63
VIÊM GAN MẠN.....	65
VẬT LÝ TRỊ LIỆU HÔ HẤP.....	67
VẬT LÝ TRỊ LIỆU HÔ HẤP GIẢI QUYẾT Ứ ĐỘNG ĐÀM NHỚT.....	72
PHCN CHO TRẺ BỊ XƠ HÓA CƠ ỨC ĐÒN CHŨM.....	75
PHCN CHO TRẺ BÀN CHÂN KHOÈO BẨM SINH	78
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRẬT KHỚP HÁNG BẨM SINH.....	80
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BẠI NÃO THỂ CO CỨNG.....	82
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ BẠI NÃO THỂ MÚA VỒN.....	85
PHCN CHO TRẺ CHẬM PHÁT TRIỂN TINH THẦN.....	88

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VỆO CỔ CẤP	92
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHÂN THƯƠNG SỌ NÃO	94
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY XƯƠNG ĐÒN	97
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM PHẾ QUẢN MẠN TÍNH.....	98
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH	100
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI	103
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÔN THƯƠNG THẦN KINH QUAY	105
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÔN THƯƠNG THẦN KINH GIỮA	107
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÔN THƯƠNG THẦN KINH TRỤ.....	109
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG XƠ HÓA CƠ DELTA	111
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY TRÊN LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY	113
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM MỎM TRÊN LÒI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY	115
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM MỎM TRÊN LÒI CẦU TRONG XƯƠNG CÁNH TAY	117
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY	119
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY HAI XƯƠNG CẰNG TAY	121
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRẬT KHỚP KHUYU.....	123
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY MỎM KHUYU	125
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY ĐÀU DƯỚI XƯƠNG QUAY	127
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI	129
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI.....	131
PHCN SAU PHẪU THUẬT TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI..	133
PHCN SAU PHẪU THUẬT TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO SAU KHỚP GỐI.....	135
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TÔN THƯƠNG DÂY CHẰNG BÊN KHỚP GỐI	137
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO BỆNH NHÂN VỠ XƯƠNG BÁNH CHÈ	139
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT SỤN CHÊM KHỚP GỐI.....	141
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN.....	143
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	145

YHCT

VLTL

PHCN

**GIAI ĐOẠN SAU CỦA ĐỘT QUY
VÀ DI CHỨNG TẠI BIẾN MẠCH MÁU NÃO
(ICD: I60 – I68, I69)**

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại.

1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Người bệnh có bệnh đột quy (Tai biến mạch máu não (TBMMN)) thật sự sau giai đoạn cấp. (phân biệt với TIA).

- Yếu liệt nửa người (hoặc 02 bên).
- Thất ngôn (Broca, Wernicke, ...).
- Có dấu thần kinh định vị.
- Rối loạn cảm giác.
- Rối loạn ý thức.
- Rối loạn trí nhớ.
- Triệu chứng liệt các dây thần kinh sọ não.

1.2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm sinh hóa máu thường quy: Tổng phân tích tế bào máu, glucose, urê, creatinin, Điện giải đồ 4 thông số, SGOT, SGPT, GGT, Triglycerid, HDL-C, LDL-C, Cholesterol toàn phần, acid uric.

- Tổng phân tích nước tiểu.
- Điện tâm đồ (ECG), siêu âm tim, siêu âm bụng tổng quát.
- Xquang phổi thẳng.
- CT scanner sọ não (giai đoạn sớm),MRI.

2. Y học cổ truyền

- Các chứng: Nuy, bán thân bất toại, thất âm, khẩu nhĩ oa tà, thiên khô, ma mộc, huyền vụng, ...

- Các thể lâm sàng thường gặp:

Thể bệnh	Triệu chứng
Can dương vượng	Tăng huyết áp dao động, đau căng đỉnh đầu, phù mắt, bứt rứt, cáu gắt, mạch huyền.
Can thận âm hư	Sắc mặt xạm, răng khô, móng khô, đau lưng, tiểu đêm, ngủ kém, nóng trong người, bứt rứt, lưỡi đỏ, bệu, mạch trầm sắc vô lực.
Thận âm hư	Mệt mỏi, uể oải, đau thắt lưng âm ỉ, hoa mắt, chóng mặt, ù tai, nóng hâm háp trong người, ngủ tâm phiền nhiệt, mạch huyền sắc vô lực.
Thận âm dương lưỡng hư	Sắc mặt tái xanh, đau thắt lưng, tiểu đêm, ngủ kém, sợ lạnh, lưỡi nhợt bệu, mạch trầm nhược.
Đờm thấp	Người béo, thừa cân, nặng đầu, lưỡi dày to, mạch hoạt.
Khí trệ huyết ứ	Tay chân bên liệt bị phù nhẹ, căng nặng tức, đau mỏi (tùng con

	hay liên tục), có thể kèm theo cảm giác tê, chất lưỡi tím hay có điêm ứ huyết, mạch trầm tế sác.
--	--

II. ĐIỀU TRỊ

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

1.1. Giai đoạn đầu (liệt mềm)

- Vật lý trị liệu hô hấp (tập các kiểu thở)
- Vật lý trị liệu phòng ngừa các biến chứng do bất động
- Tập do liệt thân kinh trung ương
- Tập với hệ thống ròng rọc
- Tập với xe đạp tập
- Tập luyện với ghế tập cơ bốn đầu đùi (tập với ghế tập mạnh cơ tứ đầu đùi)
- Hoạt động trị liệu hoặc ngôn ngữ trị liệu
 - + Tập nằm đúng tư thế cho người bệnh liệt nửa người
 - + Kỹ thuật tập tay và bàn tay cho người bệnh liệt nửa người
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động tự do tứ chi

1.2. Giai đoạn sau (Liệt cứng)

- Vật lý trị liệu hô hấp (tập các kiểu thở)
- Vật lý trị liệu phòng ngừa các biến chứng do bất động
- Tập do liệt thân kinh trung ương
- Tập với hệ thống ròng rọc
- Tập với dụng cụ: tập với thanh song song
- Tập với xe đạp tập
- Tập luyện với ghế tập cơ bốn đầu đùi (tập với ghế tập mạnh cơ tứ đầu đùi)
- Hoạt động trị liệu hoặc ngôn ngữ trị liệu
 - + Tập nằm đúng tư thế cho người bệnh liệt nửa người
 - + Kỹ thuật tập tay và bàn tay cho người bệnh liệt nửa người
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
 - + Tập vận động tự do tứ chi
- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)
- Điều trị bằng nhiệt nóng(chườm nóng)
- Điều trị bằng Parafin
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)

- Siêu âm (điều trị bằng siêu âm)
- Sóng ngắn (điều trị bằng sóng ngắn), Quang châm (điều trị bằng laser công suất thấp)

2. Y học cổ truyền:

2.1. Không dùng thuốc:

2.1.1. Điện châm:

- Châm theo thể bệnh:

Thể bệnh	Phương huyết
Can dương vượng	Bách hội, Hành gian, Thái xung, Tam âm giao.
Thận âm hư	Thận du, Phục lưu, Tam âm giao, Thái xung.
Thận âm dương lưỡng hư	Thận du, Tam âm giao, Thái khê, Quan nguyên.
Đờm thấp	Nội quan, Tỳ du, Thái bạch, Phong long.
Khí trệ huyết ứ	Dương lăng tuyền, Huyết thuộc kinh Dương minh (bên liệt).

- Châm xuyên huyết:

+ Liệt chi trên: Châm các huyết Kiên ngưng xuyên Tý nhu, Khúc trì xuyên Thủ tam lý, Kiên trình xuyên Cự tuyền, Hợp cốc xuyên Lao cung.

+ Liệt chi dưới: Châm xuyên các huyết Trật biên xuyên Hoàn khiêu, Hoàn khiêu xuyên Thừa phù, Dương lăng tuyền xuyên Phong long, Giải khê xuyên Khâu khư, Giáp tích L2-S1.

+ Liệt mặt trung ương: Nghinh hương hướng Hạ quan, Nhân trung, Thừa tương, Địa thương hướng Giáp xa.

+ Thất ngôn: Liêm tuyền, Ngoại kim tân ngọc dịch xuyên Nội kim tân ngọc dịch.

- Huyết theo vị trí: Liêm tuyền, Dương lăng tuyền, Huyết hải, Phong thị, Túc tam lý, Giải khê, Thứ liêu, Ủy trung, Thừa sơn, Bát tà, Bát phong.

- Châm theo phương pháp ngũ hành luận trị:

+ Huyết bổ: Tinh, Huyết, Khí, Thần, Tân dịch.

+ Huyết năm cơ năng: tùy theo chẩn đoán cụ thể.

- Thời gian 20-30 phút cho một lần điều trị, ngày châm 1 lần. liệu trình từ 30 – 45 lần châm, tùy theo mức độ bệnh, sau đó có thể nhắc lại liệu trình tiếp theo

- Kết hợp điện châm, hồng ngoại (theo chỉ định cụ thể).

2.1.2. Châm cứu (Hào châm, Nhĩ châm, Ôn châm, Mai hoa châm, laser châm)

2.1.3. Cấy chỉ,

2.1.4. Xoa bóp bấm huyết, xoa bóp bằng máy, xoa bóp cục bộ bằng tay, xoa bóp toàn thân

2.1.5. Thủy châm: tiêm Cerebrolysin 5 – 10 ml/ ngày, Mecobalamin 1500mcg 1 ống / ngày

2.2. Dùng thuốc:

2.2.1. Thuốc thang:

- Các bài thuốc cổ phương.

- Các bài thuốc theo đối chứng lập phương đối với từng người bệnh cụ thể.

Thể bệnh	Pháp trị	Bài thuốc
Can dương vượng	Bình can giáng nghịch hoặc Bình can tức phong (cơ tăng huyết áp).	<i>Thiên ma câu đằng ẩm</i>
Thận âm hư	Bổ Thận âm	<i>Lục vị địa hoàng hoàn</i>
Thận âm dương lưỡng hư	Ôn bổ thận dương	<i>Thận khí hoàn</i> <i>Hữu quy ẩm</i>
Đờm thấp	Trừ đờm thông kinh hoạt lạc	<i>Nhị trần thang</i> <i>Thiên ma câu đằng ẩm</i> <i>Bán hạ bạch truật thiên ma thang</i>
Khí trệ huyết ứ	Bổ khí, hoạt huyết Khử ứ, thông lạc	<i>Bổ dương hoàn ngũ thang</i> <i>Tứ vật đào hồng thang</i>

2.2.2. Thành phẩm:

Hạ huyết áp (thiên ma, câu đằng, dạ giao đằng, thạch quyết minh, sơn chi, hoàng cầm, ngư tấu, đỗ trọng, ích mẫu, tang ký sinh, bạch phục linh, hòe hòa), Hoạt huyết dưỡng não (đỉnh lăng; bạch quả); Hoạt huyết dưỡng não (hồng hoa, xích thược, đương qui, xuyên khung, sinh địa, chi xác, sài hồ, ngư tấu, cam thảo, bạch quả); Bổ khí thông huyết (hoàng kỳ, địa long, xích thược, bạch thược, đào nhân, hồng hoa, đương quy, nhân sâm, xuyên khung); Huyết giác; Hải sâm; Tiêu dao (bạc hà, sài hồ, bạch thược, bạch linh, bạch truật, đương quy, đơn bì, chi tử) Kỷ cúc địa hoàng; Lục vị, Bát vị, Hữu quy phương, Hoa đà tái tạo hoàn, Thông tâm lạc (nhân sâm, thủy điệp, toàn yết, thổ miết trùng, thuyên thoái, ngô công)

III. PHÒNG BỆNH:

- Ổn định tâm lý.
- Giải quyết hiệu quả các yếu tố nguy cơ can thiệp được: Thuốc lá, rượu, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, các bệnh lý tim (rung nhĩ, van tim nhân tạo), chế độ ăn uống hợp bệnh lý.
- Tập dưỡng sinh: Thư giãn, thở 4 thời, tự xoa bóp toàn thân.
- Tái khám theo định kỳ ở cơ sở y tế.
- Các triệu chứng, dấu chứng thần kinh cải thiện: Vận động, cảm giác, vận ngôn, trí nhớ, rối loạn tâm thần, ...
- Ổn định các yếu tố nguy cơ Tim mạch.

LIỆT MẶT NGUYÊN PHÁT
(LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN)
(ICD10: G51.0)

Bệnh danh YHCT (ICD YHCT): **Khẩu nhãn oa tà (U55.571).**

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại.

- Bệnh khởi phát đột ngột, triệu chứng liệt xuất hiện hoàn toàn thường trong vòng 24 giờ.
- Có thể đau sau tai trước đó 1-2 ngày, có thể kèm ù tai. Thường chảy nước mắt sống.
- Liệt toàn bộ cơ mặt một bên, mắt nếp nhăn trán, mắt nếp má mũi, ảnh hưởng đến tiếng nói, ăn uống.
- Mắt nhắm không kín: Charles-Bell (+).
- Mắt trở nên cứng, mắt bị lệch về bên lạnh.
- Mắt vị giác 2/3 trước lưỡi.
- Mắt những phản xạ có sự tham gia của cơ vòng quanh mắt như phản xạ giác mạc (cảm giác của giác mạc vẫn giữ nguyên).

2. Y học cổ truyền:

- Thuộc phạm vi chứng Khẩu nhãn oa tà, Nuy.
- Thể bệnh thường gặp: Phong hàn phạm kinh lạc.
- Kèm theo người gai lạnh, sợ lạnh.
- Hoàn cảnh khởi phát bệnh ít nhiều có liên quan đến yếu tố thời tiết lạnh như sau khi gặp mưa, mùa lạnh, ...
- Rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù.

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Các phương và kỹ thuật phục hồi chức năng

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

- Động viên, giải thích giúp người bệnh an tâm và hợp tác trong điều trị
- Dùng nhiệt ấm, xoa bóp cử động nhẹ nhàng tránh kích thích mạnh, giảm nói cười... Dùng băng dính chữ Y cố định ở trán - môi trên và dưới để nâng cơ mặt khỏi sệ.
- Người bệnh nên đeo kính râm, nhỏ mắt bằng nước muối sinh lý, dùng băng dính che mắt tạm thời để tránh bụi, dị vật gây tổn thương mắt.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

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

- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)
- Điều trị bằng nhiệt nóng(chườm nóng)
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Quang châm (điều trị bằng laser công suất thấp)
- Tập do liệt ngoại biên:
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động chủ động

+ Tập vận động có kháng trở

2. Y học cổ truyền:

2.1. Không dùng thuốc

- Châm cứu:

+ Huyệt tại chỗ: Ế phong, dương bạch, toàn trúc, tình minh, giáp xa, nghinh hương, địa thương, thừa tương... toàn thân châm hợp cốc, phong trì. Thêm huyệt khúc trì, nội đình (thể bệnh do nhiễm trùng). Hợp cốc bên đối diện

+ Sử dụng điện châm chỉ dùng dòng điện ngắt đoạn

+ Thời gian 20-30 phút cho một lần điều trị, ngày châm 1 lần. liệu trình từ 30 – 45 lần châm, tùy theo mức độ bệnh, sau đó có thể nhắc lại liệu trình tiếp theo

- Thủy châm Vitamin B12 + Vitamin B6 huyệt Túc Tam lý

- Cây chỉ

- Ngải cứu (cứu, chườm ngải)

- Xoa bóp bấm huyệt

- Xoa bóp cục bộ bằng tay

2.2. Dùng thuốc:

2.2.1. Thuốc thang

Thể bệnh	Pháp trị	Bài thuốc
Do lạnh - trúng phong hàn ở kinh lạc	Khu phong tán hàn thông kinh hoạt lạc	Đại tần giao thang
Do nhiễm trùng - trúng phong nhiệt ở kinh lạc	Khu phong thanh nhiệt, hoạt huyết (khi có sốt), khu phong bồ huyết (khi hết sốt)	Kim ngân hoa 16-20g, Bồ công anh lộ-20g, Thổ phục linh 12g, Ké đầu ngựa 12g, Xuyên khung 12g, Đan sâm 12g, Ngưu tất 12g
Do sang chấn - ứ huyết kinh lạc	Hoạt huyết hành khí	Đan sâm 12g, Xuyên khung 12g, Ngưu tất 12g, Tô mộc 08g, Uất kim 08g, Chỉ xác 06g, Trần bì 06g, Hương phụ 06g

2.2.2. Thuốc thành phẩm

Bổ khí thông huyết (hoàng kỳ, địa long, xích thược, bạch thược, đào nhân, hồng hoa, đương quy, nhân sâm, xuyên khung). Khu phong (khương hoạt, hoàng kỳ, phòng phong, đương quy, khương hoàng, xích thược, can khương, cam thảo)

- **Thể Phong hàn:** Đại Tần giao (sinh địa, hoàng cầm, phục linh, bạch thược, thực địa, đương quy, phòng phong, độc hoạt, xuyên khung, bách chỉ, khương hoạt, thạch cao, tần giao, bạch truật, cam thảo), Nhân sâm bại độc (sài hồ, phục linh, đảng sâm, tiên hồ, cát cánh, xuyên khung, chỉ xác, khương hoạt, độc hoạt, cam thảo)

- **Thể Huyết ứ:** Tô mộc, Huyết giác

III. PHÒNG BỆNH:

Giữ ấm khi gặp thời tiết lạnh, mưa

Bảo vệ mắt trong lúc ngủ

RỐI LOẠN GIẤC NGỦ (ICD 10: G47)

Bệnh danh YHCT (ICD YHCT): **Thất miên (U55.621)**.

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại

Ngủ là một bản năng có ở tất cả mọi sinh vật (động vật, thực vật), trong đó có con người. Giấc ngủ bình thường: Người lớn 6-7 giờ, người già 5-6 giờ, trẻ dưới 1-2 tuổi 12-18 giờ/ngày.

Mất ngủ là rối loạn về: *thời lượng* (ngủ không đủ giấc, dưới 6 giờ/ngày) và/hoặc *chất lượng* (khó vào giấc ngủ, ngủ không sâu (chập chờn), mau tỉnh giấc).

Mất ngủ có 2 mức độ:

- *Nhẹ*: Vào giấc khó, hoặc ngủ không sâu (hay mộng mị, dễ thức giấc), hoặc thời gian ngủ ít hơn bình thường.

- *Nặng*: Suốt đêm không ngủ được (gọi là thức trắng đêm).

+ Mất ngủ 1-2 ngày: Không cần điều trị.

+ Mất ngủ 1-2 tuần: Cần điều trị.

2. Y học cổ truyền

Thể bệnh	Triệu chứng
Tâm tỳ hư tổn	- Ngủ nhiều mộng, dễ tỉnh giấc - Hồi hộp hay quên, tinh thần mệt mỏi, ăn không biết ngon, sắc mặt kém tươi nhuận. - Chất lưỡi nhạt, rêu mỏng. Mạch tế nhược
Âm hư hỏa vượng	- Bứt rứt khó ngủ. - Hồi hộp hay quên, ù tai, chóng mặt, miệng khô ít nước miếng, lòng bàn chân tay nóng, hoặc mộng tinh. - Lưỡi đỏ. Mạch tế sác
Đàm nhiệt thịnh	- Mất ngủ. - Đầu nặng, ngực tức, bứt rứt, miệng đắng, hoa mắt. - Rêu dày nhớt vàng. Mạch hoạt sác

II. ĐIỀU TRỊ

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

- Tâm lý trị liệu bao gồm giáo dục bệnh nhân lưu ý đến vệ sinh giấc ngủ:
- + Học và luyện tập các kỹ thuật thư giãn
- + Đặt ra chế độ vận động mỗi ngày
- + Ngưng dùng caffeine và nicotin, ít nhất là vào buổi chiều
- + Tránh uống rượu vì rượu có thể làm giấc ngủ bị gián đoạn
- + Hạn chế dùng nước nhiều sau 18 giờ
- + Chỉ sử dụng giường và phòng ngủ cho việc ngủ.
- + Chỉ lên giường khi thấy buồn ngủ
- + Tập thói quen đi ngủ đúng giờ và dậy vào cùng một thời điểm vào mỗi buổi sáng, bất kể đêm trước ngủ được bao nhiêu
- + Nếu vẫn còn thức sau 20 phút, nên rời khỏi giường, hoạt động nhẹ nhàng (như đi tắm hoặc thiền), và chỉ quay trở lại khi buồn ngủ
- Từ trường (điều trị bằng từ trường)

2. Y học cổ truyền

2.1. Không dùng thuốc

- Châm cứu (hào châm, nhĩ châm, thủy châm, mai hoa châm, laser châm)
- Cây chỉ
- Điện châm

***Phương huyết** (Gia giảm tùy theo chứng trạng bệnh nhân. Hư thì bổ, thực thì tả, hàn thì cứu hoặc chiếu đèn hồng ngoại): Nội quan, Thần môn, Tam âm giao.

Gia thêm: + **Tâm tỳ hư tổn**: (bổ) Tâm du, Tỳ du.

+ **Âm hư hỏa vượng** (**Thận âm hư, can đờm hỏa vượng**):

(bổ) Thận du, Dũng tuyền.

(tả) Can du, Thái xung, Đờm du, Túc lâm khắp.

+ **Đàm nhiệt thịnh**: (tả) Phong long, Túc tam lý

+ Thời gian 20-30 phút cho một lần điều trị, ngày châm 1 lần. liệu trình từ 30 – 45 lần châm, tùy theo mức độ bệnh, sau đó có thể nhắc lại liệu trình tiếp theo

- Xoa bóp bấm huyết
- Xoa bóp bằng máy
- Xoa bóp cục bộ bằng tay

2.2. Dùng thuốc

2.2.1. Thuốc thang

Thể bệnh	Pháp trị	Bài thuốc
Tâm tỳ hư tổn	Bổ dưỡng tâm tỳ	Quy tỳ thang, <i>hoặc</i> Quy tỳ thang <i>hợp</i> Toan tảo nhân thang (Khi tím hồi hộp, mộng nhiều, rất khó ngủ).
Âm hư hỏa vượng	Tư âm giáng hỏa	Thiên vương bổ tâm đơn
Đàm nhiệt thịnh	Hóa đàm thanh nhiệt	Ôn đờm thang <i>gia</i> Hoàng liên, Sơn chi tử

2.2.2. Thuốc thành phẩm:

Viên an thần (Bình vôi, sen lá, lạc tiên, vông men lá, trinh nữ), An thần bổ tâm (Sinh địa, đảng sâm, đương quy, mạch môn, thiên môn, táo nhân, bá tử nhân, đan sâm, phục thần, huyền sâm, viễn chí, cát cánh, ngũ vị tử), Dưỡng tâm an thần (Hoài sơn, Liên nhục, Liên tâm, Lá dâu, Lá vông, Bá tử nhân, Toan tảo nhân, Long nhãn), Thiên vương bổ tâm (sinh địa, nhân sâm, đan sâm, huyền sâm, phục linh, ngũ vị tử, viễn chí, cát cánh, đương quy, thiên môn đông, mạch môn, bá tử nhân, toan tảo nhân), Quy tỳ, Dưỡng tâm (Táo nhân, Bạch truật, Đảng sâm, Đỗ trọng, Đương quy, Hoài sơn, Bạch Thược, Mạch nha, Phục linh, Sa nhân, Ý dĩ, Trần bì, Viễn chí, Cam thảo, Liên nhục, Bạch tật lê), Hoạt huyết dưỡng não (đỉnh lăng; bạch quả), Hoạt huyết dưỡng não (hồng hoa, xích thược, đương qui, xuyên khung, sinh địa, chỉ xác, sài hồ, ngư tất, cam thảo, bạch quả); Flavital (Thỏ ty tử, Hà thủ ô đỏ, Dây đau xương, Cốt toái bổ, Đỗ trọng, Cúc bắt tử, Nấm sò khô); Sâm đại bổ (Đảng sâm, Thục địa, Quế chi, Ngũ gia bì, Đương qui, Xuyên khung, Long nhãn, Trần bì), Bát trân, Bổ khí thông huyết (hoàng kỳ, địa long, xích thược, bạch thược, đào nhân, hồng hoa, đương quy, nhân sâm, xuyên khung), Lục vị, Bát vị.

VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (ICD10: M05, M06)

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại.

1.1. Tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (ACR) 1987:

- Cứng khớp buổi sáng \geq 1h.
- Viêm khớp/ sưng phần mềm ở ít nhất 3 nhóm khớp (trong số 14 nhóm khớp: khớp ngón gần bàn tay, khớp bàn ngón, khớp cổ tay, khớp khuỷu, khớp gối, khớp cổ chân, khớp bàn ngón chân).
- Viêm 1 trong 3 khớp ở tay: khớp ngón gần, khớp bàn ngón, khớp cổ tay.
- Viêm khớp đối xứng.
- Nốt thấp hay hạt dưới da.
- Phản ứng tìm yếu tố dạng thấp dương tính
- Biến đổi đặc trưng trên X-quang: hình ảnh bào mòn, hình hốc, hình khuyết đầu xương, hẹp khe khớp, mất chất khoáng đầu xương.

Chẩn đoán xác định: khi có \geq 4 tiêu chuẩn, từ tiêu chuẩn 1 đến tiêu chuẩn 4 kéo dài trên 6 tuần.

1.2. Tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ và Liên đoàn Chống thấp khớp Châu Âu 2010 (ACR/EULAR 2010):

A. Biểu hiện tại khớp:	Điểm
1 khớp lớn	0
2 – 10 khớp lớn	1
1 – 3 khớp nhỏ (có hoặc không có biểu hiện tại các khớp lớn)	2
4 – 10 khớp nhỏ (có hoặc không có biểu hiện tại các khớp lớn)	3
> 10 khớp (ít nhất phải có 1 khớp nhỏ)	5
B. Huyết thanh (ít nhất phải làm một xét nghiệm):	
RF âm tính và anti CCP âm tính	0
RF dương tính thấp hoặc anti CCP dương tính thấp	2
RF dương tính cao hoặc anti CCP dương tính cao	3
C. Chỉ số viêm giai đoạn cấp (ít nhất phải làm một xét nghiệm):	
CRP bình thường và ESR bình thường	0
CRP hoặc ESR tăng	1
D. Thời gian hiện diện các triệu chứng:	
Dưới 6 tuần	0
Trên hoặc bằng 6 tuần	1
Chẩn đoán xác định: điểm 6/10	
(RF hoặc anti CCP dương tính thấp: 1 – 3 lần chỉ số bình thường, dương tính cao: > 3	

1.3. Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích tế bào máu, tốc độ máu lắng, protein C phản ứng (CRP).
- Yếu tố dạng thấp (RF).
- Anti-CCP.
- Các xét nghiệm thường quy khác.
- X quang khớp (thường hai bàn tay thẳng hoặc các khớp bị tổn thương).

2. Y học cổ truyền:

Thuộc tý chứng, tùy vị trí đau có những tên gọi khác nhau: tam tý, ngũ tý, chu tý, lịch tiết phong, hạc tất phong, ...

II. ĐIỀU TRỊ**1. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

- Điều trị bằng siêu âm
- Điều trị bằng sóng ngắn
- Điều trị bằng tia hồng ngoại, Điều trị bằng nhiệt nóng (chườm nóng)
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều,...)
- Điều trị bằng từ trường
- Điện phân dẫn thuốc
- Điều trị bằng laser công suất thấp
- Điều trị bằng Parafin
- Hoạt động trị liệu: tập luyện, hướng dẫn vận động chống co rút gân, dính khớp, chống teo cơ.

- + Tập vận động thụ động
- + Tập vận động có trợ giúp
- + Tập vận động chủ động
- + Tập vận động có kháng trở
- + Tập vận động tự do tứ chi

- Trong đợt viêm cấp: để khớp nghỉ ở tư thế cơ năng, tránh kê đệm tại khớp. Tập ngay khi triệu chứng thuyên giảm

2. Y học cổ truyền**2.1. Không dùng thuốc****2.1.1. Châm cứu:**

- Huyệt chung cho các thể:
 - + Khu phong: Phong trì, Phong môn.
 - + Trừ thấp: Túc tam lý, Thái xung.
 - + Hoạt huyết: Huyệt hải, Can du.
- Huyệt tương ứng các vùng khớp đau:

- + Khớp vai: Kiên ngưng, Kiên tĩnh, Kiên trinh, Tý nhu.
- + Khớp khuỷu, bàn ngón tay: Khúc trì, Thủ tam lý, Liệt khuyết, Dương khô, Nội quan, Ngoại quan, Hợp cốc...
- + Thắt lưng, hông: Thận du, Đại trường du, Phong môn, Thử liêu, Hoàn khiêu, Trật biên, Túc tam lý...
- + Gối: Tất nhãn, Lương khâu, Huyết hải, Âm lăng tuyền, Dương lăng tuyền.
- + Cẳng, bàn chân: Huyền chung, Giải Khê, Côn lân, Thái Khê, Bát phong.
- Phương pháp châm: tùy trường hợp cụ thể
 - + Hành tý, Nhiệt tý: châm tả.
 - + Hàn tý: ôn châm hoặc dùng pháp cứu.
 - + Chính khí suy giảm: kết hợp châm bổ.
- Điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại 20 – 30 phút/lần/ngày cho đến khi người bệnh ổn.

2.1.2. Luyện tập dưỡng sinh

2.1.3. Các phương pháp khác:

- Cây chi: điều trị viêm khớp dạng thấp
- Thủy châm điều trị viêm khớp dạng thấp
- Điện mãng châm: điều trị viêm khớp dạng thấp
- Điện nhĩ châm: điều trị viêm khớp dạng thấp
- Xoa bóp bấm huyệt điều trị viêm khớp dạng thấp
- Giác hơi điều trị các chứng đau

2.2. Dùng thuốc:

2.2.1. Thuốc thang:

Thể bệnh	Pháp trị	Bài thuốc
Cấp tính	Thanh nhiệt giải độc, sơ phong thông lạc	Bạch hổ quế chi thang Quế chi thược dược tri mẫu thang
Mạn tính	Khu phong tán hàn trừ thấp	Độc hoạt ký sinh thang Quyên tý thang Nhân sâm bại độc

- Chú ý: Hoặc tùy theo diễn tiến bệnh có thể gia giảm các vị thuốc hoặc sử dụng đối pháp lập phương để điều trị cho phù hợp.

2.2.2. Thành phẩm: lựa chọn tùy theo thể bệnh và pháp điều trị, sử dụng đơn trị liệu trước.

* Cấp tính: Bồ khí thông huyết (hoàng kỳ, địa long, xích thược, bạch thược, đào nhân, hồng hoa, đương quy, nhân sâm, xuyên khung), Tiêu viêm (cỏ mực, diếp cá, hoàng đằng, kinh giới, lá dâu, lá lốt, mã đề, muồng trâu, nghệ, ngải cứu, sâm đại hành) - Bổ gân cốt (Cỏ xước, Dây gắm, Đỗ trọng, Trái Nhàu, Sục sác, Cốt toái bổ, Dâu tằm, Xuyên tâm liên, Cỏ mực, Hà thủ ô, Nguưu tất (Rễ), Nghệ, Ích mẫu, Hương phụ).- phong thấp (rắn biển; hy thiêm), Khu phong trừ thấp (khương hoạt, hoàng kỳ, phòng phong, đương quy, khương hoàng, xích thược, can khương, cam thảo), Phong thấp (Hy thiêm, Thiên niên kiện)

* Mạn tính: Quy tỳ; Tứ vật; dưỡng cốt (Cao xương hỗn hợp, Hoàng bá, Tri mẫu, Trần bì, Bạch thược, Can khương, Thục địa), Hà thủ ô-sinh địa, Bồ huyết: 1 viên x 2 lần/ngày (khi bệnh nhân có thiếu máu: huyết hư hay khí huyết lưỡng hư của YHCT), Nhân sâm bại độc(sài hồ, phục linh, đảng sâm, tiên hồ, cát cánh, xuyên khung, chỉ xác, khương hoạt, độc hoạt, cam thảo), Bát trân, Lục vị, Bát vị, bổ thận dương, bát vị quế phụ, bổ thận âm, lục vị địa hoàng.

- Thuốc dùng ngoài:

+ Cồn xoa bóp, dầu nóng, thuốc xoa bóp

+ Thuốc ngâm chân: ngâm vùng sưng đau buổi tối trước khi ngủ.

- Bó thuốc bó thuốc vùng khớp sưng đau

III. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHÁC:

Căn cứ vào thẩm quyền hành nghề chuyên môn của thầy thuốc theo quy định Bộ Y tế và pháp luật hiện hành, bác sỹ điều trị có thể gia giảm vị thuốc, tăng cường thêm bài thuốc và phương pháp điều trị đúng quy định trong chăm sóc sức khỏe người dân./.

THOÁI HÓA KHỚP (ICD10: M15 - M19, M47)

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại.

1.1. Lâm sàng:

- Đau: Đau âm ỉ tại chỗ ít khi lan, tăng khi vận động hay thay đổi tư thế, xuất hiện từng đợt kéo dài rồi giảm và hết, sau đó lại xuất hiện đợt khác sau khi vận động nhiều

- Hạn chế vận động: Các động tác của khớp bị thoái hóa có hạn chế chủ động và thụ động, mức độ thường ít. Một số người bệnh có dấu hiệu “phá rĩ khớp” vào buổi sáng hoặc lúc mới bắt đầu hoạt động.

- Biến dạng: do các gai xương mọc thêm ở đầu xương; ở cột sống biến dạng hình thức gù, vẹo, cong, lõm.

- Các dấu hiệu khác: Teo cơ, tiếng lạo xạo khi vận động, tràn dịch khớp, ...

1.2. Cận lâm sàng:

- X quang có ba dấu hiệu: Hẹp khe khớp; Đặc xương dưới sụn; Mọc gai xương.

- Siêu âm khớp: có thể thấy tràn dịch khớp, tăng sản màng hoạt dịch, bất thường sụn khớp.

- Các xét nghiệm khác: Các xét nghiệm toàn thân thường không có gì thay đổi.

2. Y học cổ truyền:

Thuộc phạm trù các chứng như kiên thống, tích bói thống, tý chứng, ...

Thể bệnh	Triệu chứng
Hàn tý	Đau nhói cố định, ít sưng nóng đỏ, xoa bóp hay chườm nóng thì dễ chịu. Mạch trầm trì, lưỡi nhợt, rêu trắng.
Phong tý	Đau không cố định mà luôn di chuyển từ khớp này sang khớp khác, đau tăng khi thay đổi thời tiết, co duỗi khó khăn, mạch phù, lưỡi trắng.
Thấp tý	Đau ê ẩm, cơ thể nặng nề, có hoặc không có sưng nóng đỏ. Mạch hoạt, lưỡi bệu, rêu dày.
Nhiệt tý	Đau các khớp kèm theo sưng nóng đỏ. Mạch phù, lưỡi đỏ bệu, rêu vàng.
Can thận âm hư	Đau khớp, đau lưng, đau vai gáy hay tái đi tái lại, kèm theo các triệu chứng can thận hư.

II. ĐIỀU TRỊ

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

- Điều trị bằng siêu âm
- Điều trị bằng sóng ngắn
- Điều trị bằng tia hồng ngoại, Điều trị bằng nhiệt nóng (chườm nóng)
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều,...)
- Điều trị bằng từ trường

- Điện phân dẫn thuốc
- Điều trị bằng laser công suất thấp
- Điều trị bằng Parafin
- Điều trị bằng máy kéo giãn cột sống, Kỹ thuật kéo nắn trị liệu
- Hoạt động trị liệu: phòng ngừa cứng khớp, duy trì hoạt động linh hoạt của khớp.
- + Tập vận động thụ động
- + Tập vận động có trợ giúp
- + Tập vận động chủ động
- + Tập vận động có kháng trở
- + Tập vận động tự do tứ chi

2. Y học cổ truyền:

2.1. Các phương pháp không dùng thuốc:

2.1.1. Châm cứu:

- Điện châm điều trị đau do thoái hóa khớp
- A thị huyết, huyết lân cận vùng khớp đau, nhóm huyết hoa đà giáp tích, ...
- Nhóm huyết bổ can, thận: Thận du, Can du, Thái khê, Thái xung, Dương lăng tuyền,...
- Có thể kết hợp điện châm kết hợp cứu âm hoặc/và chiếu đèn hồng ngoại.
- Châm cứu mỗi ngày. Liệu trình điều trị 10 – 15 ngày/ đợt điều trị. Mỗi lần 20-30 phút.

2.1.2. Luyện tập dưỡng sinh: Các bài dưỡng sinh cho từng vị trí khớp phù hợp.

2.2.3. Các phương pháp khác:

- Điện mãng châm: điều trị giảm đau do thoái hóa khớp
- Cây chỉ: điều trị thoái hóa khớp, điều trị đau do thoái hóa khớp
- Thủy châm: điều trị thoái hóa khớp, điều trị đau do thoái hóa khớp
- Điện nhĩ châm: điều trị đau do thoái hóa khớp
- Xoa bóp bấm huyết điều trị thoái hóa khớp; điều trị đau do thoái hóa khớp 1 hoặc 2 lần/ngày, mỗi liệu trình 10 hoặc 15 ngày.
- Giác hơi điều trị các chứng đau.

2.2. Dùng thuốc:

2.2.1. Thuốc thang:

- Thoái hóa khớp từ vùng eo lưng xuống chân:
 - + *Độc hoạt tang ký sinh thang gia giảm* (Độc hoạt, Ngưu tất, Phòng phong, Đỗ trọng, Quế chi, Tang ký sinh, Tế tân, Sinh địa, Tần giao, Bạch thược, Đương quy, Cam thảo, Đảng sâm, Phục linh).
- Thoái hóa khớp ở chi trên, cột sống cổ cổ và đốt xa bàn tay:
 - + *Quyên tý thang gia giảm* (Khuông hoạt, Phòng phong, Khuông hoàng, Chích thảo, Đương quy, Xích thược, Gừng, Đại táo, Hoàng kỳ).
 - + Khác: bài *Độc hoạt tang ký sinh gia giảm, Khuông hoạt thăng thấp thang gia giảm*.

Chú ý: Hoặc tùy theo diễn tiến bệnh có thể gia giảm các vị thuốc hoặc sử dụng đối pháp lập phương để điều trị cho phù hợp.

2.2.3. **Thành phẩm:** lựa chọn tùy theo thể bệnh và pháp điều trị, sử dụng đơn trị liệu trước.

- Viên phong thấp (Mã tiền chế, Hy thiêm, Ngũ gia bì chân chim, Tam thất); Độc hoạt tang ký sinh (Độc hoạt, Tang ký sinh, Quế chi, Tần giao, Tế tân, Phòng phong, Ngưu tất, Đỗ trọng, Sinh địa, Đương quy, Bạch thược, Xuyên khung, Nhân sâm, Phục linh, Cam thảo); Phong tê thấp (Hy thiêm, Thổ phục linh, Thiên niên kiện, Huyết giác, Thương nhĩ tử, Hà thủ ô đỏ, Phấn phòng kỷ); Viên phong thấp (Độc hoạt, phòng phong, tang ký sinh, đỗ trọng, ngưu tất, tần giao, sinh địa, bạch thược, cam thảo, tế tân, quế nhục, nhân sâm, đương quy, xuyên khung); Phong thấp Re (Tế tân, tang ký sinh, Độc hoạt, Phòng phong, Bạch thược, đỗ trọng, Bạch linh); Thấp khớp (Trình nữ hoàng cung, Bồ cốt chỉ, Tục đoạn, Bạch chi, Hồng hoa, Ngưu tất, Đỗ trọng, Phòng phong, Độc hoạt, Tang ký sinh); Đại tần giao (sinh địa, hoàng cầm, phục linh, bạch thược, thực địa, đương quy, phòng phong, độc hoạt, xuyên khung, bách chỉ, khương hoạt, thạch cao, tần giao, bạch truật, cam thảo); Khu phong (khương hoạt, hoàng kỳ, phòng phong, đương quy, khương hoàng, xích thược, can khương, cam thảo); Phong thấp (Hy thiêm, Thiên niên kiện); Bô gân cốt (Cỏ xước, Dây gắm, Đỗ trọng, Trái Nhàu, Sục sác, Cốt toái bổ, Dâu tằm, Xuyên tâm liên, Cỏ mực, Hà thủ ô, Ngưu tất (Rễ), Nghệ, Ích mẫu, Hương phụ); Lục vị; Thất bảo mỹ nhiệm đơn (Hà thủ ô, đương quy, phá cố chỉ, bạch linh, Ngưu tất, câu kỷ tử, thỏ ty tử); Hà thủ ô-sinh địa; Dưỡng cốt (Cao xương hổn hợp, Hoàng bá, Tri mẫu, Trần bì, Bạch thược, Can khương, Thục địa); Kỷ cúc địa hoàng; Bát trân; Bát vị; Phong thấp (Độc hoạt, Phòng phong, Tang ký sinh, Tế tân, Tần giao, Ngưu tất, Đỗ trọng, Quế chi, Xuyên khung, Sinh địa, Bạch thược, Đương quy, Đảng sâm, Bạch linh, Cam thảo); Phong thấp Rh (Hy thiêm, Thương nhĩ tử, Dây đau xương, Thổ phục linh, Hà thủ ô đỏ, Thiên niên kiện, Huyết giác); Phong thấp (Hy thiêm, Cầu tích, Ngũ gia bì, Quế nhục, Sinh địa, Ngưu tất); Phong tê thấp (Hy thiêm, thiên niên kiện); Phong thấp (Hy thiêm, Lá lốt, Ngưu tất, Thổ phục linh); Phong thấp Ma (mã tiền chế, Ma hoàng, Tầm vôi, Nhũ hương, Một dược, Ngưu tất, Cam Thảo, Thương truật); Phong tê thấp (Mã tiền chế, Hy thiêm, Độc hoạt, Đỗ trọng, Xuyên khung, Đương quy, Tế tân, Tần giao, Phòng phong, Ngưu tất, Quế chi); Phong tê thấp (Mã tiền, đương quy, đỗ trọng, ngưu tất, quế chi, thương truật, thổ phục linh); Phong thấp Tu (Tục đoạn, Phòng phong, Hy thiêm, Độc hoạt, Tần giao, Đương quy, Ngưu tất, Thiên niên kiện, Hoàng kỳ, Đỗ trọng, Bạch thược, Xuyên khung)

- Thuốc dùng bôi ngoài: Rượu hoặc cồn xoa bóp, Bó thuốc

III. PHÒNG BỆNH:

- Chống các tư thế xấu trong lao động và sinh hoạt.
- Tránh các động tác quá mạnh, đột ngột và sai tư thế khi mang vác, đẩy, xách, nâng,...
- Kiểm tra định kỳ những người làm nghề lao động nặng để phát hiện và điều trị sớm.
- Chống béo phì bằng chế độ dinh dưỡng thích hợp.

THOÁI HÓA ĐỐT SỐNG CỔ (ICD10: M47)

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: có ít nhất 02 triệu chứng lâm sàng và 01 triệu chứng chẩn đoán hình ảnh.

1.1. Lâm sàng:

Triệu chứng	Vị trí	Tính chất
Đau	- Tại vùng cổ, gáy, vai. - Lan theo tiết đoạn thần kinh chi phối: cổ, vai, bả vai, tay.	- Đau âm ỉ. - Hoặc đau cấp.
Hạn chế vận động	- Tại vùng cổ: giảm dần tầm cúi gập, nghiêng, xoay.	Có thể có hoặc không.
Biến dạng	- Mất đường cong sinh lý cột sống.	
Các dấu hiệu khác	- Cứng cơ vùng gáy, vai. - Teo cơ tại vùng giới hạn khớp.	Có thể có hoặc không.

1.2. Cận lâm sàng:

- Xquang:

Cột sống mất đường cong sinh lý	Có thể có hoặc không
Hẹp khe khớp	Chiều cao đĩa đệm hẹp
Đặc xương dưới sụn	Phần đầu xương, hõm khớp, mâm đốt sống có hình đậm đặc, thấy 1 số nốt sáng hơn
Gai xương	Gai ở rìa ngoài của thân đốt sống, gai xương có hình thô và đậm đặc.

- MRI, CT Scanner: có thể thấy các tổn thương kết hợp liên quan ngoại khoa: Thoái vị đĩa đệm cột sống cổ, hẹp ống sống cổ.

1.3. Nguyên nhân:

- Quá trình lão hoá của tổ chức sụn, tế bào và tổ chức khớp và quanh khớp (cơ cạnh cột sống, dây chằng, thần kinh...)

- Tình trạng chịu áp lực quá tải kéo dài của sụn khớp.

2. Y học cổ truyền:

- Thuộc phạm vi chứng tý, ma mộc, ...

- Nguyên nhân: Theo YHCT do tấu lý sơ hờ, phong hàn thấp thừa cơ xâm nhập gây tổn thương kinh lạc, cản trở sự lưu thông khí huyết, gây đau. Bệnh lâu ngày gây tổn thương cân cơ gây yếu, teo cơ.

II. ĐIỀU TRỊ

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

- Điều trị bằng siêu âm

- Điều trị bằng sóng ngắn
- Điều trị bằng tia hồng ngoại, Điều trị bằng nhiệt nóng (chườm nóng)
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều,...)
- Điều trị bằng từ trường
- Điện phân dẫn thuốc
- Điều trị bằng laser công suất thấp
- Điều trị bằng Parafin
- Kéo nắn cột sống các khớp: Điều trị bằng máy kéo giãn cột sống, Kỹ thuật kéo nắn trị liệu, kéo nắn cột sống cổ
- Tập luyện các bài tập theo tầm vận động cột sống cổ, vai tay. Điều chỉnh tư thế cột sống cổ khi làm việc, trong sinh hoạt để tránh gập hoặc quá ưỡn kéo dài. Các bài tập được thực hiện khi đang điều trị và sau điều trị.

- Di động mô mềm (kỹ thuật di động mô mềm)

2. Y học cổ truyền:

2.1. Không dùng thuốc:

2.1.1. Châm cứu:

- Điện châm điều trị đau do thoái hóa khớp (08.0313.0230; 03.0526.0230).
- Phương huyệt: chọn 6 – 8 huyệt/lần. Các huyệt: Phong trì, Hoa đà giáp tích C4 C7, A thị huyệt, Kiên ngưng, Thiên trụ, Thiên tông, Ngoại quan, Hậu Khê, Khúc trì, Hợp cốc, Lạc châm, Tiểu hải, Kiên trinh, Kiên trung du, Kiên tĩnh, Đại chùy, Phong phủ; Hoa Đà giáp tích, A thị vùng đau tê + bất tà, ...
- Liệu trình từ 10 – 14 lần châm, thời gian châm 20 – 30 phút/lần, điện châm 01 lần/ngày. Tùy mức độ bệnh và đáp ứng điều trị có thể đánh giá lại và tiếp tục liệu trình kế tiếp.

2.1.2. Luyện tập dưỡng sinh (08.0028.0259).

2.2.3. Các phương pháp khác:

- Điện mẫn châm: điều trị thoái hóa khớp, điều trị giảm đau do thoái hóa khớp
- Cây chỉ: điều trị thoái hóa khớp, điều trị đau do thoái hóa khớp
- Thủy châm: điều trị thoái hóa khớp, điều trị đau do thoái hóa khớp
- Điện nhĩ châm: điều trị đau do thoái hóa khớp (08.0217.0230).
- Xoa bóp bấm huyệt điều trị thoái hóa khớp, điều trị đau do thoái hóa khớp: 1 hoặc 2 lần/ngày, mỗi liệu trình 10 hoặc 15 ngày.
- Giác hơi điều trị các chứng đau

2.2. Dùng thuốc:

2.2.1. Thuốc thang:

- Phong hàn: *Quế Chi Gia Cát Căn Thang gia giảm*
- Đờm thấp ngăn trở kinh mạch: *Phục Linh Hoàn gia giảm*
- Khí trệ huyết ứ: *Đào Hồng Ấm gia giảm*
- Khí huyết đều hư: *Hoàng Kỳ Quế Chi Ngũ Ngũ Thang gia giảm*
- Can thận âm hư: *Hồ Tiêm Hoàn gia giảm, Kỳ cú địa hoàng thang gia giảm*

Chú ý: *Hoặc tùy theo diễn tiến bệnh có thể gia giảm các vị thuốc hoặc sử dụng đối pháp lập phương để điều trị cho phù hợp.*

2.2.2. **Thành phẩm:** lựa chọn tùy theo thể bệnh và pháp điều trị, sử dụng đơn trị liệu trước

- Phong hàn: Đại tần giao (sinh địa, hoàng cầm, phục linh, bạch thược, thực địa, đương quy, phòng phong, độc hoạt, xuyên khung, bách chỉ, khương hoạt, thạch cao, tần giao, bạch truật, cam thảo); Khu phong trừ thấp (khương hoạt, hoàng kỳ, phòng phong, đương quy, khương hoàng, xích thược, can khương, cam thảo); Viên phong thấp (Mã tiền chế, Hy thiêm, Ngũ gia bì chân chim, Tam thất); Phong tê thấp (Hy thiêm, Thỏ phục linh, Thiên niên kiện, Huyết giác, Thương nhĩ tử, Hà thủ ô đỏ, Phấn phòng kỷ); Nhân sâm bại độc (sài hồ, phục linh, đảng sâm, tiền hồ, cát cánh, xuyên khung, chỉ xác, khương hoạt, độc hoạt, cam thảo)

- Khí trệ huyết ứ: Bồ khí thông huyết (hoàng kỳ, địa long, xích thược, bạch thược, đào nhân, hồng hoa, đương quy, nhân sâm, xuyên khung); Hoạt huyết thông mạch (đương quy, bạch thược, ngưu tất, thực địa, xuyên khung, ích mẫu); Tô mộc; Huyết giác

- Can thận hư: Độc hoạt tang ký sinh (Độc hoạt, Tang ký sinh, Quế chi, Tần giao, Rễ té tân, Phòng phong, Ngưu tất, Đỗ trọng, Sinh địa, Đương Quy, Bạch thược, Xuyên khung, Nhân sâm, Phục linh, Cam thảo); Viên phong thấp (Độc hoạt, phòng phong, tang ký sinh, đỗ trọng, ngưu tất, tần giao, sinh địa, bạch thược, cam thảo, tế tân, quế nhục, nhân sâm, đương quy, xuyên khung); Phong thấp Re (Tế tân, tang ký sinh, Độc hoạt, Phòng phong, Bạch thược, đỗ trọng, Bạch linh); Thấp khớp (Trình nữ hoàng cung, Bồ cốt chi, Tục đoạn, Bạch chỉ, Hồng hoa, Ngưu tất, Đỗ trọng, Phòng phong, Độc hoạt, Tang ký sinh); Lục vị; Bát vị; Dưỡng cốt (Cao xương hỗn hợp, Hoàng bá, Tri mẫu, Trần bì, Bạch thược, Can khương, Thực địa); Tứ vật, Hà thủ ô-sinh địa; Phong thấp Rh (Hy thiêm, Thương nhĩ tử, Dây đau xương, Thỏ phục linh, Hà thủ ô đỏ, Thiên niên kiện, Huyết giác); Phong thấp (Hy thiêm, Cầu tích, Ngũ gia bì, Quế nhục, Sinh địa, Ngưu tất); Phong tê thấp (Hy thiêm, thiên niên kiện); Phong thấp (Hy thiêm, Lá lốt, Ngưu tất, Thỏ phục linh); Phong thấp Ma (mã tiền chế, Ma hoàng, Tầm vôi, Nhũ hương, Một dược, Ngưu tất, Cam Thảo, Thương truật); Phong tê thấp (Mã tiền chế, Hy thiêm, Độc hoạt, Đỗ trọng, Xuyên khung, Đương quy, Tế tân, Tân giao, Phòng phong, Ngưu tất, Quế chi); Phong tê thấp (Mã tiền, đương quy, đỗ trọng, ngưu tất, quế chi, thương truật, thỏ phục linh); Phong thấp Tu (Tục đoạn, Phòng phong, Hy thiêm, Độc hoạt, Tần giao, Đương quy, Ngưu tất, Thiên niên kiện, Hoàng kỳ, Đỗ trọng, Bạch thược, Xuyên khung)

- Khí huyết đều hư: Quy tỳ; Bát trân; Viên bổ huyết

- Rượu hoặc Cồn xoa bóp, dầu nóng, thuốc xoa bóp,

Bó thuốc bó thuốc vùng cổ

THOÁI HÓA ĐÓT SỐNG THẮT LƯNG (ICD10: M47)

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại.

1.1. Lâm sàng:

1.1.1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau âm ỉ, kéo dài. Có thể đợt cấp trên nền mãn tính.
- Đau khu trú vùng lưng, thắt lưng có thể lan dọc cột sống, lan xuống một hoặc hai chân.
- Đau liên tục hay từng cơn liên quan đến động tác vận động cột sống.
- Đau gây giới hạn vận động, sinh hoạt.

1.1.2. Triệu chứng thực thể:

- Tư thế, dáng bộ thay đổi khi di chuyển.
- Dấu hiệu teo cơ.
- Cột sống có bị biến dạng hay không?
- Phạm vi vận động cột sống thắt lưng: Cúi – ngửa, Nghiêng trái – phải, Xoay trái – phải
- Nghiệm pháp Schober
- Trương lực cơ cạnh sống.
- Điểm đau cột sống.
- Valleix.
- Dấu Lasegue.

1.1.3. Tiền căn: thoái hóa cột sống thắt lưng

1.2. Cận lâm sàng:

- X quang: kỹ thuật số cột sống thắt lưng thẳng nghiêng:

Hẹp khe khớp	Chiều cao đĩa đệm hẹp (không dính khớp).
Đặc xương dưới sụn	Phần đầu xương, hõm khớp, mâm đốt sống có hình đậm đặc, thấy 01 số nốt sáng hơn.
Gai xương	Gai ở rìa ngoài của thân đốt sống, gai xương có hình thô và đậm đặc.

- MRI, CT Scanner: có thể thấy các tổ thương kết hợp liên quan ngoại khoa: Thoái vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, hẹp ống sống thắt lưng.

- MRI, CT-Scanner: khi sau một liệu trình điều trị, triệu chứng nặng hơn, có hội chứng chùm đuôi ngựa.

- Đo mật độ xương.

2. Y học cổ truyền: thuộc phạm vi chứng yêu thông, tý, ma mộc, ...

II. ĐIỀU TRỊ:

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

- Điều trị bằng siêu âm

- Điều trị bằng sóng ngắn
- Điều trị bằng tia hồng ngoại, Điều trị bằng nhiệt nóng (chườm nóng)
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều,...)
- Điều trị bằng từ trường
- Điện phân dẫn thuốc
- Điều trị bằng laser công suất thấp
- Điều trị bằng Parafin
- Kéo nắn cột sống các khớp: Điều trị bằng máy kéo giãn cột sống, Kỹ thuật kéo nắn trị liệu, kéo nắn cột sống thắt lưng
- Tập luyện các bài tập theo tầm vận động cột sống thắt lưng. Điều chỉnh tư thế cột sống cổ khi làm việc, trong sinh hoạt. Các bài tập được thực hiện khi đang điều trị và sau điều trị.
- Di động mô mềm (kỹ thuật di động mô mềm)

2. Y học cổ truyền:

2.1. Không dùng thuốc:

2.1.1. Châm cứu:

- Hoa Đà giáp tích vùng cột sống thắt lưng, Thận du, Đại trường du, Yêu dương quan, Bát liêu, Ủy trung, Dương lăng tuyền, sử dụng thêm Đới mạch, Dương duy.
- Điện châm hoặc điện châm và đèn hồng ngoại hoặc điện châm và cứu ấm 15 – 30 phút/lần/ngày, liệu trình 10 – 14 ngày sau đó đánh giá lại và có thể tiếp tục liệu trình kế tiếp. Trong cơn đau cấp có thể châm cứu 02 lần/ngày.

2.1.2. Luyện tập dưỡng sinh (08.0028.0259):

- Các bài tập vận động vùng thắt lưng.
- Giữ ấm khi thời tiết thay đổi.
- Nghỉ ngơi hợp lý, tránh thay đổi tư thế đột ngột, không mang vác nặng.
- Các liệu pháp hóa lý trị liệu: nhiệt, sóng siêu âm, kéo giãn,...
- Chế độ ăn đầy đủ dinh dưỡng, khoáng chất, Vitamin, tinh chất sụn.

2.1.3. Các phương pháp khác:

- Điện mãng châm: điều trị thoái hóa khớp; điều trị giảm đau do thoái hóa khớp
- Cây chỉ: điều trị thoái hóa khớp; điều trị đau do thoái hóa khớp
- Thủy châm: điều trị thoái hóa khớp; điều trị đau do thoái hóa khớp
- Điện nhĩ châm: điều trị đau do thoái hóa khớp
- Xoa bóp bấm huyệt điều trị thoái hóa khớp; điều trị đau do thoái hóa khớp: 1 hoặc 2 lần/ngày, mỗi liệu trình 10 hoặc 15 ngày.
- Giác hơi điều trị các chứng đau

2.2. Dùng thuốc:

2.2.1. Thuốc thang:

- Phong hàn: *Khương hoạt thăng thấp thang gia giảm*
- Đờm thấp ngăn trở kinh mạch: *Phục linh hoàn gia giảm*

- Khí trệ huyết ứ: *Đào hồng ẩm gia giảm*
- Khí huyết đều hư: *Hoàng kỳ quế chi ngũ vật thang gia giảm, Bát trân thang gia giảm.*
- Can thận hư: *Độc hoạt tang ký sinh thang gia giảm, Kỷ cúc địa hoàng gia giảm.*

Chú ý: Hoặc tùy theo diễn tiến bệnh có thể gia giảm các vị thuốc hoặc sử dụng đối pháp lập phương để điều trị cho phù hợp.

2.2.2. *Thành phẩm:* lựa chọn tùy theo thể bệnh và pháp điều trị, sử dụng đơn trị liệu trước.

- Phong hàn: Đại tần giao (sinh địa, hoàng cầm, phục linh, bạch thược, thực địa, đương quy, phòng phong, độc hoạt, xuyên khung, bách chỉ, khương hoạt, thạch cao, tần giao, bạch truật, cam thảo); Khu phong trừ thấp (khương hoạt, hoàng kỳ, phòng phong, đương quy, khương hoàng, xích thược, can khương, cam thảo); Viên phong thấp (Mã tiền chế, Hy thiêm, Ngũ gia bì chân chim, Tam thất); Phong tê thấp (Hy thiêm, Thỏ phục linh, Thiên niên kiện, Huyết giác, Thương nhĩ tử, Hà thủ ô đỏ, Phấn phòng kỷ); Nhân sâm bại độc (sài hồ, phục linh, đảng sâm, tiền hồ, cát cánh, xuyên khung, chỉ xác, khương hoạt, độc hoạt, cam thảo)

- Khí trệ huyết ứ: Bồ khí thông huyết (hoàng kỳ, địa long, xích thược, bạch thược, đào nhân, hồng hoa, đương quy, nhân sâm, xuyên khung); Hoạt huyết thông mạch (đương quy, bạch thược, ngư tât, thực địa, xuyên khung, ích mẫu); Tô mộc; Huyết giác

- Can thận hư: Độc hoạt tang ký sinh (Độc hoạt, Tang ký sinh, Quế chi, Tần giao, Rễ té tân, Phòng phong, Ngư tât, Đỗ trọng, Sinh địa, Đương Quy, Bạch thược, Xuyên khung, Nhân sâm, Phục linh, Cam thảo); Viên phong thấp (Độc hoạt, phòng phong, tang ký sinh, đỗ trọng, ngư tât, tần giao, sinh địa, bạch thược, cam thảo, té tân, quế nhục, nhân sâm, đương quy, xuyên khung); Phong thấp Re (Té tân, tang ký sinh, Độc hoạt, Phòng phong, Bạch thược, đỗ trọng, Bạch linh); Thấp khớp (Trình nữ hoàng cung, Bồ cốt chi, Tục đoạn, Bạch chỉ, Hồng hoa, Ngư tât, Đỗ trọng, Phòng phong, Độc hoạt, Tang ký sinh); Lục vị; Bát vị; Dưỡng cốt (Cao xương hổ hợp, Hoàng bá, Tri mẫu, Trần bì, Bạch thược, Can khương, Thực địa); Tứ vật, Hà thủ ô-sinh địa; Phong thấp Rh (Hy thiêm, Thương nhĩ tử, Dây đau xương, Thỏ phục linh, Hà thủ ô đỏ, Thiên niên kiện, Huyết giác); Phong thấp (Hy thiêm, Cầu tích, Ngũ gia bì, Quế nhục, Sinh địa, Ngư tât); Phong tê thấp (Hy thiêm, thiên niên kiện); Phong thấp (Hy thiêm, Lá lốt, Ngư tât, Thỏ phục linh); Phong thấp Ma (mã tiền chế, Ma hoàng, Tầm vôi, Nhũ hương, Một dược, Ngư tât, Cam Thảo, Thương truật); Phong tê thấp (Mã tiền chế, Hy thiêm, Độc hoạt, Đỗ trọng, Xuyên khung, Đương quy, Té tân, Tân giao, Phòng phong, Ngư tât, Quế chi); Phong tê thấp (Mã tiền, đương quy, đỗ trọng, ngư tât, quế chi, thương truật, thỏ phục linh); Phong thấp Tu (Tục đoạn, Phòng phong, Hy thiêm, Độc hoạt, Tần giao, Đương quy, Ngư tât, Thiên niên kiện, Hoàng kỳ, Đỗ trọng, Bạch thược, Xuyên khung).

- Khí huyết đều hư: Quy tỳ; Bát trân; Bồ huyết
- Rượu hoặc Cồn xoa bóp, dầu nóng, Thuốc xoa bóp. *Bó thuốc* bó thuốc vùng lưng

THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG (ICD10: M51)

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại.

1.1. Lâm sàng:

- Có thể có yếu tố chấn thương.
- Đau cột sống thắt lưng lan theo rễ dây thần kinh tọa.
- Đau tăng khi ho, hắt hơi, rặn.
- Dấu Lasegue, Bonnet, Neri, thống điểm Valleix.
- Rối loạn cảm giác vùng da tương ứng với rễ thần kinh bị tổn thương.

1.2. Cận lâm sàng:

- X quang quy ước: thay đổi cấu trúc thân đốt sống thắt lưng, mất đường cong sinh lý cột sống thắt lưng.

- MRI: hình ảnh đĩa đệm thoát vị.

2. Y học cổ truyền.

- Chứng: Yêu thống, tọa cốt phong.
- Các thể lâm sàng:
 - + Cấp tính: Phong hàn phạm kinh lạc, khí trệ huyết ứ.
 - + Mạn tính: Phong hàn thấp lưu ở kinh lạc/Can thận âm hư.

II. ĐIỀU TRỊ

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

- Điều trị bằng siêu âm
- Điều trị bằng sóng ngắn
- Điều trị bằng tia hồng ngoại, Điều trị bằng nhiệt nóng (chườm nóng)
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều,...)
- Điều trị bằng từ trường
- Điện phân dẫn thuốc
- Điều trị bằng laser công suất thấp
- Điều trị bằng Parafin
- Kéo nắn cột sống các khớp: Điều trị bằng máy kéo giãn cột sống, Kỹ thuật kéo nắn trị liệu, kéo nắn cột sống thắt lưng
- Các bài tập vận động: mục đích để tăng cường sức mạnh cơ vùng bụng và thắt lưng
- Tập luyện dáng đi đứng và chỉnh sửa tư thế, động tác sai: các tư thế làm việc gò bó làm mất cân bằng cột sống như quá ưỡn cột sống thắt lưng, quá vẹo, quá nghiêng... đều cần được điều chỉnh nhằm tránh tái phát đau cột sống thắt lưng, tránh các vận động bất thường, đột ngột, các động tác thể thao hoặc vận động quá mức. Hạn chế mang vác vật nặng hoặc nếu phải mang vác nặng cần giữ tư thế lưng thẳng và khung chậu nghiêng ra sau.

2. Y học cổ truyền.

2.1. Không dùng thuốc:

2.1.1. Châm cứu:

- Điện châm: điều trị đau lưng (03.0527.0230), điều trị đau thần kinh tọa (03.0467.0230)
- Phương huyệt: Giáp tích thất lưng, Hoàn khiêu, Kinh cốt, Đại chung, Khâu khư, Lãi cầu, A thị huyệt.

- Kết hợp chiếu đèn hồng ngoại.

- Liệu trình châm cứu từ 10 – 14 ngày, đánh giá lại và tiếp tục liệu trình kế tiếp.

2.1.2. Luyện tập dưỡng sinh (08.0028.0259).

2.1.3. Các phương pháp khác:

- Điện mãng châm: điều trị đau lưng; điều trị hội chứng thất lưng- hông
- Cây chỉ: điều trị đau lưng; điều trị hội chứng thất lưng- hông
- Thủy châm: điều trị đau lưng; điều trị hội chứng thất lưng- hông
- Điện nhĩ châm: điều trị đau lưng; điều trị đau thần kinh tọa
- Xoa bóp bấm huyệt: điều trị đau lưng; điều trị hội chứng thất lưng- hông
- Giác hơi điều trị các chứng đau
- Cứu: điều trị đau lưng thể hàn; điều trị hội chứng thất lưng- hông thể phong hàn

2.2. Dùng thuốc:

2.2.1. Thuốc thang:

Giai đoạn bệnh	Thể bệnh	Pháp trị	Bài thuốc
Cấp tính	Phong hàn phạm kinh lạc	Khu phong tán hàn, hành khí hoạt huyết	Bài thuốc: (Lá lốt, Cầu tích, Quế chi, Thiên niên kiện, Ngải cứu, Chi xác, Trần bì, Ngưu tất, Xuyên khung) <i>Độc hoạt tang ký sinh thang</i> <i>Khuông hoạt thăng thấp thang gia giảm</i>
	Khí trệ huyết ứ	Hành khí hoạt huyết khứ ứ	<i>Thân thống trục ứ thang</i> <i>Đào hồng ẩm gia giảm</i>
Mạn tính	Phong hàn thấp lưu ở kinh lạc	Khu phong trừ thấp tán hàn	<i>Độc hoạt tang ký sinh gia giảm</i>
	Can Thận âm hư	Bổ can thận âm	<i>Kỳ cúc địa hoàng gia giảm</i>

Chú ý: Hoặc tùy theo diễn tiến bệnh có thể gia giảm các vị thuốc hoặc sử dụng đối pháp lập phương để điều trị cho phù hợp.

2.2.2. Thành phẩm: lựa chọn tùy theo thể bệnh và pháp điều trị, sử dụng đơn trị liệu trước.

- Cấp tính: Độc hoạt tang ký sinh (Độc hoạt, Tang ký sinh, Quế chi, Tàn giao, Tế tân, Phòng phong, Ngưu tất, Đỗ trọng, Sinh địa, Đương Quy, Bạch thược, Xuyên khung, Nhân sâm, Phục linh, Cam thảo); Phong tê thấp (Hy thiêm, Thổ phục linh, Thiên niên kiện, Huyết giác,

Thương nhĩ tử, Hà thủ ô đỏ, Phấn phòng kỷ); Viên phong thấp (Độc hoạt, phòng phong, tang ký sinh, đỗ trọng, ngư tử, tần giao, sinh địa, bạch thược, cam thảo, tề tân, quế nhục, nhân sâm, đương quy, xuyên khung); Phong thấp Re (Tề tân, tang ký sinh, Độc hoạt, Phòng phong, Bạch thược, đỗ trọng, Bạch linh); Thấp khớp (Trinh nữ hoàng cung, Bồ cốt chi, Tục đoạn, Bạch chỉ, Hồng hoa, Ngư tử, Đỗ trọng, Phòng phong, Độc hoạt, Tang ký sinh); Khu phong (khương hoạt, hoàng kỳ, phòng phong, đương quy, khương hoàng, xích thược, can khương, cam thảo); Nhân sâm bại độc (sài hồ, phục linh, đảng sâm, tiên hồ, cát cánh, xuyên khung, chỉ xác, khương hoạt, độc hoạt, cam thảo); Bồ khí thông huyết (hoàng kỳ, địa long, xích thược, bạch thược, đào nhân, hồng hoa, đương quy, nhân sâm, xuyên khung).

- Mạn tính: Độc hoạt tang ký sinh (Độc hoạt, Tang ký sinh, Quế chi, Tần giao, Tề tân, Phòng phong, Ngư tử, Đỗ trọng, Sinh địa, Đương Quy, Bạch thược, Xuyên khung, Nhân sâm, Phục linh, Cam thảo); Phong tê thấp (Hy thiêm, Thổ phục linh, Thiên niên kiện, Huyết giác, Thương nhĩ tử, Hà thủ ô đỏ, Phấn phòng kỷ); Viên phong thấp (Độc hoạt, phòng phong, tang ký sinh, đỗ trọng, ngư tử, tần giao, sinh địa, bạch thược, cam thảo, tề tân, quế nhục, nhân sâm, đương quy, xuyên khung); Phong thấp Re (Tề tân, tang ký sinh, Độc hoạt, Phòng phong, Bạch thược, đỗ trọng, Bạch linh); Thấp khớp (Trinh nữ hoàng cung, Bồ cốt chi, Tục đoạn, Bạch chỉ, Hồng hoa, Ngư tử, Đỗ trọng, Phòng phong, Độc hoạt, Tang ký sinh); Hoạt huyết thông mạch (đương quy, bạch thược, ngư tử, thực địa, xuyên khung, ích mẫu); Viên phong thấp (Mã tiền chế, Hy thiêm, Ngũ gia bì chân chim, Tam thất); Lục vị; Bát vị; Hà thủ ô-sinh địa; Dưỡng cốt (Cao xương hỗn hợp, Hoàng bá, Tri mẫu, Trần bì, Bạch thược, Can khương, Thực địa); Phong thấp Rh (Hy thiêm, Thương nhĩ tử, Dây đau xương, Thổ phục linh, Hà thủ ô đỏ, Thiên niên kiện, Huyết giác); Phong thấp (Hy thiêm, Cầu tích, Ngũ gia bì, Quế nhục, Sinh địa, Ngư tử); Phong tê thấp (Hy thiêm, thiên niên kiện); Phong thấp (Hy thiêm, Lá lốt, Ngư tử, Thổ phục linh); Phong thấp Ma (mã tiền chế, Ma hoàng, Tầm vôi, Nhũ hương, Một dược, Ngư tử, Cam Thảo, Thương truật); Phong tê thấp (Mã tiền chế, Hy thiêm, Độc hoạt, Đỗ trọng, Xuyên khung, Đương quy, Tề tân, Tần giao, Phòng phong, Ngư tử, Quế chi); Phong tê thấp (Mã tiền, đương quy, đỗ trọng, ngư tử, quế chi, thương truật, thổ phục linh); Phong thấp Tu (Tục đoạn, Phòng phong, Hy thiêm, Độc hoạt, Tần giao, Đương quy, Ngư tử, Thiên niên kiện, Hoàng kỳ, Đỗ trọng, Bạch thược, Xuyên khung); Viên bổ huyết (gạc hươu, huyết hươu, cao ban long, cao hà thủ ô)

- Rượu hoặc Cồn xoa bóp. Dầu nóng, thuốc xoa bóp, *Bó thuốc* bó thuốc vùng thắt lưng

III. DỰ PHÒNG

- Trong lao động chân tay cần chú ý các động tác phải cúi để bốc vác một trọng lượng lớn, luôn cố gắng giữ cột sống thẳng khi bê vác.

- Tập thể dục đều đặn để rèn luyện cơ lưng và tăng sự mềm mại của cột sống.

- Điều trị kịp thời các bệnh thoái hóa cột sống có giá trị tích cực trong phòng chống bệnh đau dây thần kinh tọa.

- Chú ý dinh dưỡng đầy đủ có tác dụng phòng ngừa tốt.

THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ (ICD10: M50)

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại.

1.1. Lâm sàng:

- Có thể có yếu tố chấn thương.
- Đau cột sống cổ lan vai, hai cánh tay.
- Đau tăng khi ho, hắt hơi, rặn, nghiệm pháp Spurling.
- Đau có tính chất cơ học kèm co cứng cơ cạnh cột sống cổ hạn chế vận động cổ.
- Rối loạn cảm giác vùng da tương ứng với rễ thần kinh bị tổn thương.

1.2. Cận lâm sàng:

- Xquang quy ước: gãy xẹp thân đốt sống cổ, xẹp đĩa đệm hẹp lỗ liên hợp, mất đường cong sinh lý.

- MRI: hình ảnh đĩa đệm thoát vị.

2. Y học cổ truyền.

- Thuộc phạm vi chứng: Tý, Ma mộc, ...
- Các thể lâm sàng: Phong hàn phạm kinh lạc, khí trệ huyết ứ.

II. ĐIỀU TRỊ

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

- Điều trị bằng siêu âm, Điều trị bằng sóng ngắn
- Điều trị bằng tia hồng ngoại, Điều trị bằng nhiệt nóng (chườm nóng), Điều trị bằng Parafin
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều,...)
- Điều trị bằng từ trường
- Điện phân dẫn thuốc, Điều trị bằng laser công suất thấp
- Kéo nắn cột sống các khớp: Điều trị bằng máy kéo giãn cột sống, Kỹ thuật kéo nắn trị liệu, kéo nắn cột sống cổ
- Tập luyện các bài tập theo tầm vận động cột sống cổ, vai tay. Điều chỉnh tư thế cột sống cổ khi làm việc, trong sinh hoạt để tránh gập hoặc quá ưỡn kéo dài. Các bài tập được thực hiện khi đang điều trị và sau điều trị.

2. Y học cổ truyền.

2.1. Không dùng thuốc:

2.1.1. Châm cứu:

- Điện châm điều trị đau do thoái hóa khớp
- Phương huyết: chọn 6 – 8 huyết/lần. Các huyết: Phong trì, Hoa đà giáp tích C4 C7, A thị huyết, Kiên ngưng, Thiên trụ, Thiên tông, Ngoại quan, Hậu Khê, Khúc trì, Hợp cốc, Lạc chấp, Tiểu hải, Kiên trình, Kiên trung du, Kiên tĩnh, Đại chùy, Phong phủ; Hoa Đà giáp tích, A thị vùng đau tê + bất tà, ...

- Liệu trình từ 10 – 14 lần châm, thời gian châm 20 – 30 phút/lần, điện châm 01 lần/ngày. Tùy mức độ bệnh và đáp ứng điều trị có thể đánh giá lại và tiếp tục liệu trình kế tiếp

- Kết hợp chiếu đèn hồng ngoại.

2.1.2. *Luyện tập dưỡng sinh (08.0028.0259).*

2.1.3. *Các phương pháp khác:*

- Điện mẫn châm: điều trị hội chứng vai gáy

- Cấy chỉ: điều trị hội chứng vai gáy

- Thủy châm: điều trị đau vai gáy

- Điện nhĩ châm: điều trị hội chứng vai gáy

- Xoa bóp bấm huyệt: điều trị hội chứng vai gáy

- Giác hơi điều trị các chứng đau

2.2. Dùng thuốc:

2.2.1. *Thuốc thang:*

Thể bệnh	Pháp trị	Bài thuốc
Phong hàn phạm kinh lạc	Khu phong tán hàn	<i>Độc hoạt tang ký sinh thang</i> <i>Nhân sâm bại độc thang gia giảm</i> <i>Quyên tý thang gia giảm</i>
Khí trệ huyết ứ	Hành khí hoạt huyết khứ ứ	<i>Thân thống trục ứ thang</i> <i>Huyết phủ trục ứ thang gia giảm</i>

Chú ý: *Hoặc tùy theo diễn tiến bệnh có thể gia giảm các vị thuốc hoặc sử dụng đối pháp lập phương để điều trị cho phù hợp.*

2.2.2. *Thuốc thành phẩm:*

- Độc hoạt tang ký sinh (Độc hoạt, Tang ký sinh, Quế chi, Tần giao, Tế tân, Phòng phong, Ngưu tất, Đỗ trọng, Sinh địa, Đương Quy, Bạch thược, Xuyên khung, Nhân sâm, Phục linh, Cam thảo); Phong tê thấp (Hy thiêm, Thổ phục linh, Thiên niên kiện, Huyết giác, Thương nhĩ tử, Hà thủ ô đỏ, Phần phòng kỷ); Viên phong thấp (Độc hoạt, phòng phong, tang ký sinh, đỗ trọng, ngưu tất, tần giao, sinh địa, bạch thược, cam thảo, tế tân, quế nhục, nhân sâm, đương quy, xuyên khung); Phong thấp Re (Tế tân, tang ký sinh, Độc hoạt, Phòng phong, Bạch thược, đỗ trọng, Bạch linh); Thấp khớp (Trình nữ hoàng cung, Bồ cốt chi, Tục đoạn, Bạch chi, Hồng hoa, Ngưu tất, Đỗ trọng, Phòng phong, Độc hoạt, Tang ký sinh); Hoạt huyết thông mạch (đương quy, bạch thược, ngưu tất, thực địa, xuyên khung, ích mẫu); Viên phong thấp (Mã tiền chế, Hy thiêm, Ngũ gia bì chân chim, Tam thất); Lục vị; Bát vị; Hà thủ ô-sinh địa; Dưỡng cốt (Cao xương hổn hợp, Hoàng bá, Tri mẫu, Trần bì, Bạch thược, Can khương, Thục địa); Khu phong trừ thấp (khương hoạt, hoàng kỳ, phòng phong, đương quy, khương hoàng, xích thược, can khương, cam thảo); Phong thấp Rh (Hy thiêm, Thương nhĩ tử, Dây đau xương, Thổ phục linh, Hà thủ ô đỏ, Thiên niên kiện, Huyết giác); Phong thấp (Hy thiêm, Cầu tích, Ngũ gia bì, Quế nhục, Sinh địa, Ngưu tất); Phong tê thấp (Hy thiêm, thiên niên kiện); Phong thấp (Hy thiêm, Lá lốt, Ngưu tất, Thổ phục linh); Phong thấp Ma (mã tiền chế, Ma hoàng, Tầm vôi, Nhũ hương, Một dược, Ngưu tất, Cam Thảo, Thương truật); Phong tê thấp (Mã tiền chế, Hy thiêm, Độc hoạt, Đỗ trọng, Xuyên khung, Đương quy, Tế tân, Tần giao, Phòng phong, Ngưu tất, Quế chi); Phong tê thấp (Mã tiền, đương quy, đỗ trọng, ngưu tất, quế chi, thương truật, thổ phục linh); Phong thấp Tu

(Tục đoạn, Phòng phong, Hy thiêm, Độc hoạt, Tần giao, Đương quy, Ngưu tất, Thiên niên kiện, Hoàng kỳ, Đỗ trọng, Bạch thược, Xuyên khung)

- Rượu hoặc Cồn xoa bóp, dầu nóng mặt trời, thuốc xoa bóp Bảo Phương, *Bó thuốc*

III. DỰ PHÒNG:

- Trong lao động hàng ngày cần chú ý các đội hoặc bốc vác một trọng lượng lớn, không xoay cổ một cách đột ngột và quá mức.
- Tập thể dục đều đặn để rèn luyện cơ cạnh sống cổ và tăng sự mềm mại của cột sống.
- Tập dưỡng sinh.
- Điều trị kịp thời các bệnh thoái hóa cột sống có giá trị tích cực trong phòng chống bệnh. Chú ý dinh dưỡng đầy đủ có tác dụng phòng ngừa tốt.
- Làm việc máy tính đúng tư thế.

LOÃNG XƯƠNG (ICD10: M80-M85)

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại.

1.1. Lâm sàng:

- Đau xương ít hay nhiều kéo dài. Đau cột sống hoặc vùng xương dài.
- Có hiện tượng gãy xương tự nhiên.
- Gù lưng, giảm chiều cao.
- Phát hiện ngẫu nhiên khi chụp Xquang.
- Mật chất khoáng chủ yếu là ở cột sống và khung chậu.

1.2. Cận lâm sàng:

- X-Quang: Gợi ý chẩn đoán.
- Calci huyết, phosphor huyết và phosphatase kiềm bình thường.
- Đo mật độ xương cột sống thắt lưng và cổ xương đùi bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép (DXA), sử dụng chỉ số T-score (Tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương của tổ chức y tế thế giới WHO năm 1994):

Xương bình thường	T-score > -1 SD
Khối lượng xương thấp (thiếu xương)	T-score từ -2,5 đến -1
Loãng xương	T-score \leq -2,5
Loãng xương nặng	T-score \leq -2,5, kèm theo gãy xương do xương yếu

1.3. Các yếu tố tiên lượng quan trọng cần lưu ý:

- Giới: nữ.
- Tuổi: cao.
- Khối lượng xương thấp.
- Tiền sử gãy xương (của cá nhân và gia đình).
- Nguy cơ té ngã (bệnh phối hợp: giảm thị lực, đau khớp, parkinson...)
- Hút thuốc, sử dụng thuốc (corticoid, thuốc chống đông...)

2. Y học cổ truyền: Thuộc phạm vi chứng hư lao lấy nguyên khí hao tổn làm đặc trưng.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Y học hiện đại.

1.1. Không dùng thuốc:

1.1.1. Chế độ dinh dưỡng:

- Ăn uống: ăn đầy đủ chất, chú ý đảm bảo đủ vitamin D và calci (nhu cầu: 1000 – 1500mg/ngày từ sữa, thức ăn, dược phẩm).
- Nhu cầu calci khoảng 1000mg/ngày đối với nam giới 50 - 70 tuổi và khoảng 1200mg/ngày cho nam > 70 tuổi và nữ > 50 tuổi.
- Nhu cầu vitamin D hằng ngày trung bình cho người \geq 50 tuổi là 800- 1000IU/ ngày.

1.1.2. Chế độ tập luyện:

- Duy trì thường xuyên hoạt động thể lực và các bài tập làm tăng sức cơ.
- Tập luyện thể dục vận động khởi đầu từ nhẹ đến mạnh dần, tốt nhất đi bộ và bơi lội.
- Luyện thở giúp sự trao đổi khí tốt hơn, hỗ trợ cho sự tạo lập lại quân bình giữa tạo xương và hủy xương.

1.1.3. Thay đổi lối sống:

- Hạn chế rượu bia, ngưng hút thuốc
- Thực hành các biện pháp phòng tránh té ngã.

2. Y học cổ truyền:

2.1. Không dùng thuốc:

2.1.1. Châm cứu:

- Châm bổ hoặc cứu bổ các huyệt: Quan nguyên, Khí hải, Thận du, Thái khê, Mệnh môn, Tam âm giao, Thái xung, Túc tam lý.

- Liệu trình 10 – 14 ngày, 01 lần châm/ngày. Sau đó đánh giá lại người bệnh để tiếp tục liệu trình kế tiếp.

2.1.2. Luyện tập dưỡng sinh (08.0028.0259).

2.1.3. Các phương pháp khác:

- Điện mãng châm:
- Cây chỉ:
- Thủy châm:
- Điện nhĩ châm:
- Xoa bóp bấm huyệt:
- Giác hơi điều trị các chứng đau

2.2. Dùng thuốc:

2.2.1. Thuốc thang:

Thể bệnh	Pháp trị	Bài thuốc
Khí huyết hư	Điều bổ khí huyết	Bổ trung ích khí thang gia giảm (Đảng sâm, Hoàng kỳ, Trần bì, Sài hồ, Thăng ma, Bạch truật, Đương quy, Chích thảo)
Thận âm hư	Bổ thận, ích tinh, tư âm, dưỡng huyết	Lục vị địa hoàng hoàn gia vị
Thận khí hư	Bổ thận, trợ dương	Hữu quy hoàn

Chú ý: Hoặc tùy theo diễn tiến bệnh có thể gia giảm các vị thuốc hoặc sử dụng đối pháp lập phương để điều trị cho phù hợp.

2.2.2. Thành phẩm:

Viên bổ huyết (gạc hươu, huyết hươu, cao ban long, cao hà thủ ô) (khi bệnh nhân có thiếu máu hay khí huyết lưỡng hư theo YHCT), Quy tỳ, Tứ vật, Bổ trung ích khí; Bát trân; Lục vị; Độc hoạt tang ký sinh; Hà thủ ô-sinh địa; Dưỡng cốt (Cao xương hỗn hợp, Hoàng bá, Tri mẫu, Trần bì, Bạch thực, Can khương, Thục địa); Viên Hà thủ ô-sinh địa; Kỷ cúc địa hoàng; Hữu quy phương; Bát vị

- Dùng ngoài: Rượu hoặc cồn xoa bóp, kem nóng massage xoa ngoài.

III. PHÒNG BỆNH:

- Loãng xương là bệnh có thể phòng ngừa.
- Phòng ngừa từ khi còn trẻ và kiểm tra định kỳ nhằm phát hiện bệnh sớm.
- Chế độ dinh dưỡng cung cấp đầy đủ calci, vitamin D theo nhu cầu của từng lứa tuổi.
- Duy trì hoạt động thể lực và các bài tập làm tăng sức cơ.
- Thay đổi lối sống: hạn chế rượu bia, ngưng hút thuốc.
- Thực hành các biện pháp phòng tránh té ngã.
- Khi người bệnh nguy cơ loãng xương (BMD từ -1,5 đến -2,4SD), nhưng lại có nhiều yếu tố nguy cơ (phải dùng corticosteroid để điều trị bệnh nền, tiền sử gia đình có gãy xương do loãng xương, nguy cơ té ngã cao...) Bisphosphonates có thể được chỉ định để phòng ngừa loãng xương.

IV. THEO DÕI, QUẢN LÝ:

- Người bệnh phải được điều trị lâu dài và theo dõi sát để đảm bảo sự tuân thủ điều trị.
- Có thể sử dụng một số markers chu chuyển xương để hỗ trợ chẩn đoán, tiên lượng gãy xương, tình trạng mất xương và theo dõi điều trị.
- Đo khối lượng xương mỗi 02 năm để theo dõi và đánh giá kết quả điều trị.
- Thời gian điều trị phải kéo dài từ 03 – 05 năm (tùy theo mức độ loãng xương), sau đó đánh giá lại tình trạng bệnh và quyết định các trị liệu tiếp theo.

SUY TĨNH MẠCH MẠN TÍNH CHI DƯỚI (ICD10: I83)

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại.

1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

1.1.1. Triệu chứng cơ năng:

- Tức, nặng, căng chân, thường xuất hiện vào cuối ngày làm việc, trước kỳ kinh nguyệt, khi thời tiết nóng bức, hoặc sau khi phải đứng bất động kéo dài.
- Đau dọc theo đường đi của tĩnh mạch, thường gặp tĩnh mạch hiển lớn.
- Chuột rút.
- Phù chi dưới, thường thấy ở mắt cá trong.

1.1.2. Triệu chứng thực thể:

- Tĩnh mạch (TM) giãn: mao mạch mạng lưới, TM hiển.
- Nghe trên các tĩnh mạch giãn, phát hiện rò động – tĩnh mạch (rung miêu, tiếng thổi).
- Ngoài da: Da màu nâu đỏ thường ở quanh mắt cá, hoặc bị chàm hóa tĩnh mạch. Loét chân ở giai đoạn trễ chân có loét đã lành hoặc loét đang tiến triển.
- Nghiệm pháp Schwartz, Nghiệm pháp Trendelenburg.
- Nghiệm pháp Garo từng nấc, Nghiệm pháp Pratt.
- Nghiệm pháp đánh giá chức năng van tĩnh mạch sâu: Nghiệm pháp Perthes.

1.1.3. Phân loại của CEAP năm 1994:

C0	Không có biểu hiện bệnh lý tĩnh mạch có thể quan sát hoặc sờ thấy.
C1	Giãn mao tĩnh mạch mạng nhện hoặc dạng lưới đường kính < 3 mm.
C2	Giãn tĩnh mạch đường kính > 3 mm.
C3	Phù chi dưới, chưa có biến đổi trên da.
C4	Biến đổi trên da do bệnh lý tĩnh mạch (Rối loạn sắc tố và/hoặc chàm tĩnh mạch. Xơ mỡ da và/hoặc teo trắng kiểu Millian).
C5	Loét đã liền sẹo.
C6	Loét đang tiến triển.

1.2. Cận lâm sàng:

Siêu âm Doppler màu hệ tĩnh mạch chi dưới: Cho thấy hình ảnh những đoạn TM bị giãn, các van TM bị suy mất chức năng (dấu hiệu dòng trào ngược) và thấy được có cục máu đông hình thành trong lòng TM hay không.

2. Y học cổ truyền:

Mô tả trong phạm vi chứng “Cân lự” hoặc “Liêm thương”.

Thể bệnh	Triệu chứng
<i>Khí trệ huyết ú</i>	Tĩnh mạch nông nổi cao lên trên mặt da rõ rệt, ngoằn ngoèo hoặc cong queo, cảm giác đau hoặc đau kích thích, chất lưỡi tím tối, hoặc có điểm, ban xuất huyết, mạch huyền hoặc sáp.
<i>Huyết táo cân loạn</i>	Tĩnh mạch nông nổi cao lên trên mặt da, ngoằn ngoèo hoặc cong queo, chân co quắp đau đớn kèm thêm biểu hiện của âm hư can vượng.
<i>Hàn thấp ngưng trệ</i>	Tĩnh mạch nông nổi cao trên mặt da, ngoằn ngoèo hoặc cong queo, phù 02 chi dưới, sợ lạnh, chi nặng nề, mạch nhu hoãn.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Y học hiện đại

1.1. Chế độ tập luyện, vận động

- Người bệnh vận động như đi bộ nhanh, bơi lội, đạp xe tại chỗ nhằm cải thiện tuần hoàn, giảm tốc độ phát sinh những tĩnh mạch giãn mới.

- Hạn chế thừa cân, tránh sử dụng thuốc tránh thai, tránh mặc quần áo chật và đi giày cao gót, tránh ngồi lâu hoặc đứng lâu.

- Mỗi ngày trước khi ngủ treo 02 chân lên cao một khoảng thời gian nhất định khoảng 10 cm.

- Tất áp lực chỉ định trong dự phòng tiến triển nặng lên của Suy TM mạn tính chi dưới. Chống chỉ định trong bệnh lý động mạch chi dưới tắc nghẽn. Sử dụng tất áp lực tương ứng với mức áp lực cần duy trì với tĩnh mạch chi dưới.

1.2. Phục hồi chức năng

- Điện xung (Điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều,...)
- Điều trị bằng siêu âm
- Điều trị bằng từ trường
- Điện phân dẫn thuốc
- Điều trị bằng laser công suất thấp
- Laser nội mạch liệu trình 14 ngày.

2. Y học cổ truyền:

2.1. Không dùng thuốc:

- Châm cứu: Châm tả các huyết: Hành gian, Huyết hải, Tam âm giao, Túc tam lý, Kỳ môn, Cách du, Can du.

- Cây chỉ các huyết: Hành gian, Huyết hải, Tam âm giao, Túc tam lý, Kỳ môn, Cách du, Can du. Liệu trình 15 ngày/ 1 lần, cây 4 lần.

- Châm cứu chích huyết: Lựa chọn huyết vị chủ yếu trên đường kinh Túc thái âm tỳ, Túc dương minh Vị. Châm cứu các huyết túc tam lý, tam âm giao, âm lăng tuyền, ủy trung, dương lăng tuyền, A thị huyết...phối hợp chích huyết các vị trí tĩnh mạch trương phòng, gấp khúc, ứ huyết trên nổi lên bề mặt da. Liệu trình điều trị 3 tháng, đều có kết quả tốt .

- Xoa bóp bấm huyết: Sử dụng các kỹ thuật xoa, day, ấn. cuộn, vỗ, xát ... để xoa bóp vùng chi dưới, ấn các huyết Thông tuyền, Thái khê, Âm lăng tuyền, Thừa sơn, Ủy trung, Hoàn khiêu, Tam âm giao, Túc tam lý.

2.2. Dùng thuốc:

- Thuốc thang:

Thể Khí trệ huyết ú	Thể Huyết táo cân loạn	Thể Hàn thấp ngưng trệ
Hành khí hoạt huyết, chỉ thống	Thanh can tư âm, dưỡng huyết thư cân	Tán hàn trừ thấp trệ
<i>Sài hồ sơ can tán gia giảm:</i> Sài hồ, Chỉ xác, Bạch thược, Xuyên khung, Hương phụ chế, Đan sâm, Kê huyết đằng, Nhũ hương chế, Cam thảo	Xuyên khung, Đương quy, Bạch thược, Sinh địa, Lô hội, Mộc qua, Kê huyết đằng, Phòng kỷ, Cam thảo	Chích hoàng kỳ, Quế chi, Kê huyết đằng, Đảng sâm, Trạch tả, Phòng kỷ, Bạch giới tử, Can khương, Mộc qua
Đau nhiều gia: Nhẫn đông đằng, Địa long. Tĩnh mạch cong queo biến dạng, cuộn vào nhau thành búi rõ gia: Tam lăng, Nga truật. Chân lạnh, sợ lạnh, tê bì gia: Phụ tử chế, Quế chi. Chân mồi, phù gia: Uy linh tiên, Địa long	Ừ tai huyễn vựng gia: Toan tảo nhân, Viễn chí, Chi tê bì gia: Quế chi. Hai mắt khô sáp gia: Cúc hoa, Huyền sâm.	Hai chi dưới phù chướng nặng gia: Phục linh. Phù thũng nặng gia: Phục linh bì, Hoài sơn. Ăn kém đau bụng tiết tả gia: Bạch truật, Sa nhân.

- Thành phẩm: Huyết phủ trực ú thang, Tiêu dao (bạc hà, sài hồ, bạch thược, bạch linh, bạch truật, đương quy, đơn bì, chi tử), BỔ khí thông huyết, Thông tâm lạc (nhân sâm, thủy điệp, toàn yết, thổ miết trùng, thuyền thoái, ngô công), Đan sâm tam thất

ĐAU THẦN KINH TỌA (ICD 10: M54.3)

Bệnh danh YHCT (ICD YHCT): **Tọa cốt phong (U62391)**

Yêu cước thông (U62.392)

Tọa điển phong (U62.393).

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại

Cảm giác đau (hoặc như kiến bò, kim châm, tê cứng) dọc theo lộ trình dây thần kinh tọa:

- Đau rễ L₅: Ở bờ ngoài bàn chân chéo qua mu bàn chân đến ngón cái.
- Đau rễ S₁: Ở gót chân hoặc ngón út.

2. Y học cổ truyền

Thể bệnh	Triệu chứng
Phong hàn (Đau thần kinh tọa do lạnh)	Đau co rút, đau tăng khi gặp lạnh, chườm ấm dễ chịu, thường có điểm đau khu trú, đi lại khó khăn, chườm teo cơ. Sợ lạnh. Rêu lưỡi trắng. Mạch phù hoặc phù khản
Huyết ú (Thoát vị đĩa đệm, chấn thương)	<i>Đau xuất hiện sau khi bị sang thương.</i> Đau dữ dội tại một điểm, đột ngột lan xuống chân. Chết lưỡi đỏ tím, có điểm ú huyết, rêu lưỡi trắng hoặc vàng. Mạch sáp.
Phong hàn thấp (thaoi1 hóa cột sống, cùng hóa L5-S1, gai đôi L5-S1)	Đau có cảm giác tê bì, nặng nề, teo cơ, bệnh kéo dài dễ tái phát. Thường kèm theo triệu chứng toàn thân: Ăn kém, ngủ ít, tiểu tiện trong. Chết lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt. Mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược
Phong thấp nhiệt (Viêm cột sống, viêm khớp cùng chậu,..)	Đau cảm giác nóng rát, đau nhức như kim châm. Chết lưỡi hồng hoặc đỏ, rêu lưỡi vàng dày. Mạch sắc

II. ĐIỀU TRỊ

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

- Điều trị bằng siêu âm
- Điều trị bằng sóng ngắn
- Điều trị bằng tia hồng ngoại, Điều trị bằng nhiệt nóng (chườm nóng)
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều,...)
- Điều trị bằng từ trường
- Điện phân dẫn thuốc
- Điều trị bằng laser công suất thấp
- Điều trị bằng Parafin
- Kéo nắn cột sống các khớp: Điều trị bằng máy kéo giãn cột sống, Kỹ thuật kéo nắn trị liệu, kéo nắn cột sống thắt lưng
- Tập luyện các bài tập theo tâm vận động cột sống thắt lưng. Điều chỉnh tư thế cột sống cổ khi làm việc, trong sinh hoạt. Các bài tập được thực hiện khi đang điều trị và sau điều trị.
- Di động mô mềm (kỹ thuật di động mô mềm)

2. Y học cổ truyền:

2.1. Không dùng thuốc:

2.1.1. Châm cứu:

- Hoa Đà giáp tích vùng cột sống thắt lưng, Thận du, Đại trường du, Yêu dương quan, Bát liêu, Ủy trung, Dương lăng tuyền, sử dụng thêm Đới mạch, Dương duy.
- Điện châm hoặc điện châm và đèn hồng ngoại hoặc điện châm và cứu âm 15 – 30 phút/lần/ngày, liệu trình 10 – 14 ngày sau đó đánh giá lại và có thể tiếp tục liệu trình kế tiếp. Trong cơn đau cấp có thể châm cứu 02 lần/ngày.

2.1.2. Luyện tập dưỡng sinh (08.0028.0259):

- Các bài tập vận động vùng thắt lưng.
- Giữ ấm khi thời tiết thay đổi.
- Nghỉ ngơi hợp lý, tránh thay đổi tư thế đột ngột, không mang vác nặng.
- Các liệu pháp hóa lý trị liệu: nhiệt, sóng siêu âm, kéo giãn,...
- Chế độ ăn đầy đủ dinh dưỡng, khoáng chất, Vitamin, tinh chất sụn.

2.1.3. Các phương pháp khác:

- Điện mãng châm: điều trị thoái hóa khớp; điều trị giảm đau do thoái hóa khớp
- Cây chỉ: điều trị thoái hóa khớp; điều trị đau do thoái hóa khớp
- Thủy châm: điều trị thoái hóa khớp; điều trị đau do thoái hóa khớp
- Điện nhĩ châm: điều trị đau do thoái hóa khớp
- Xoa bóp bấm huyệt điều trị thoái hóa khớp; điều trị đau do thoái hóa khớp: 1 hoặc 2 lần/ngày, mỗi liệu trình 10 hoặc 15 ngày.
- Giác hơi điều trị các chứng đau

2.2. Dùng thuốc

2.2.1. Thuốc thang (theo Đới chứng lập phương hoặc Bài thuốc kinh điển gia giảm).

Thể bệnh	Pháp trị	Bài thuốc
Phong hàn (đau thần kinh tọa do lạnh)	Khu phong, tán hàn, thông kinh hoạt lạc	Đại tần giao thang
Huyết ú (Thoát vị đĩa đệm, chấn thương)	Hành khí, hoạt huyết, khứ ú, thông kinh hoạt lạc	Đào Hồng tứ vật thang
Phong hàn thấp (thoái hóa cột sống, cứng hóa L5-S1, gai đốt L5-S1)	Khu phong, tán hàn, trừ thấp	Độc hoạt Ký sinh thang
Phong thấp nhiệt (Viêm cột sống, viêm khớp cùng chậu,..)	Khu phong, trừ thấp, thanh nhiệt giải độc, thông kinh hoạt lạc	Ý dĩ nhân thang <i>hợp</i> Nhị diệu tán

2.2.2. Thuốc thành phẩm:

Piascledine; Độc hoạt tang ký sinh (Độc hoạt, Tang ký sinh, Quế chi, Tần giao, Tế tân, Phòng phong, Ngưu tất, Đỗ trọng, Sinh địa, Đương Quy, Bạch thược, Xuyên khung, Nhân sâm, Phục linh, Cam thảo); Phong tê thấp (Hy thiêm, Thổ phục linh, Thiên niên kiện, Huyết giác, Thuring nhĩ tử, Hà thủ ô đỏ, Phần phòng kỷ); Viên phong thấp (Độc hoạt, phòng phong, tang ký sinh, đỗ trọng, ngưu tất, tần giao, sinh địa, bạch thược, cam thảo, tế tân, quế nhục, nhân sâm, đương quy, xuyên khung); Phong thấp Re (Tế tân, tang ký sinh, Độc hoạt, Phòng phong, Bạch thược, đỗ trọng, Bạch linh); Thấp khớp (Trình nữ hoàng cung, Bồ cốt chỉ, Tục đoạn, Bạch chỉ, Hồng hoa, Ngưu tất, Đỗ trọng, Phòng phong, Độc hoạt, Tang ký sinh); Đại tần giao (sinh địa, hoàng cầm, phục linh, bạch thược, thực địa, đương quy, phòng phong, độc hoạt, xuyên khung, bách chỉ, khương hoạt, thạch cao, tần giao, bạch truật, cam thảo); Khu phong (khương hoạt, hoàng kỳ, phòng phong, đương quy, khương hoàng, xích thược, can khương, cam thảo); Phong thấp (Hy thiêm, Thiên niên kiện); Bồ gân cốt (Cỏ xước, Dây gắm, Đỗ trọng, Trái Nhàu, Sục sác, Cốt toái bồ, Dâu tằm, Xuyên tâm liên, Cỏ mực, Hà thủ ô, Ngưu tất (Rễ), Nghệ, Ích mẫu, Hương phụ); Lục vị; Thất bảo mỹ nhiệm đơn (Hà thủ ô, đương quy, phá cố chỉ, bạch linh, Ngưu tất, câu kỷ tử, thỏ ty tử); Hà thủ ô-sinh địa; Dưỡng cốt (Cao xương hỗn hợp, Hoàng bá, Tri mẫu, Trần bì, Bạch thược, Can khương, Thực địa); Ký cúc địa hoàng; Bát trân; Bát vị; Phong thấp (Độc hoạt,

Phòng phong, Tang ký sinh, Tế tân, Tần giao, Ngưu tất, Đỗ trọng, Quế chi, Xuyên khung, Sinh địa, Bạch thược, Đương quy, Đảng sâm, Bạch linh, Cam thảo); Phong thấp Rh (Hy thiêm, Thương nhĩ tử, Dây đau xương, Thổ phục linh, Hà thủ ô đỏ, Thiên niên kiện, Huyết giác); Phong thấp (Hy thiêm, Cầu tích, Ngũ gia bì, Quế nhục, Sinh địa, Ngưu tất); Phong tê thấp (Hy thiêm, thiên niên kiện); Phong thấp (Hy thiêm, Lá lốt, Ngưu tất, Thổ phục linh); Phong thấp Ma (mã tiền chế, Ma hoàng, Tầm vôi, Nhũ hương, Một dược, Ngưu tất, Cam Thảo, Thương truật); Phong tê thấp (Mã tiền chế, Hy thiêm, Độc hoạt, Đỗ trọng, Xuyên khung, Đương quy, Tế tân, Tần giao, Phòng phong, Ngưu tất, Quế chi); Phong tê thấp (Mã tiền, đương quy, đỗ trọng, ngưu tất, quế chi, thương truật, thổ phục linh); Phong thấp Tu (Tục đoạn, Phòng phong, Hy thiêm, Độc hoạt, Tần giao, Đương quy, Ngưu tất, Thiên niên kiện, Hoàng kỳ, Đỗ trọng, Bạch thược, Xuyên khung)

- **Thể Huyết ứ:** Tô mộc, Huyết giác.

❖ **Thuốc xoa bóp ngoài da:** Dầu nóng, Cồn xoa bóp, Thuốc xoa bóp.

**ĐAU LƯNG
(ICD 10: M54)**

Bệnh danh YHCT (ICD YHCT): **Yêu thống (U62.392.3).**

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại

Đau vùng cột sống lưng.

2. Y học cổ truyền

Thể bệnh	Triệu chứng
Phong hàn (do lạnh, mưa, ẩm thấp)	<i>Đau thắt lưng xảy ra đột ngột, sau khi bị lạnh, mưa, ẩm thấp.</i> Chườm nóng thì đỡ. Sợ gió, sợ lạnh. Rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch huyền hay phù khẩn.
Thấp nhiệt (Do viêm nhiễm cột sống)	Đau lưng kèm sưng nóng đỏ vùng cột sống. Sốt, sợ gió, ra mồ hôi, nước tiểu vàng. Chết lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng mỏng. Mạch hoạt sắc
Huyết ứ (Do mang vắc nạng, lệch tư thế, chấn thương)	<i>Sau khi vắc nạng lệch người, sau một động tác thay đổi tư thế đột nhiên bị đau một bên sống lưng, hoặc sau khi bị chấn thương.</i> Đau dữ dội ở một chỗ. Nhẹ thì ngồi, cúi, cử động khó khăn; nặng thì đau dữ dội không cử động được, không sờ nắn vào được. Lưỡi đỏ tía. Mạch tế sắc
Thận âm hư (Do thoái hóa cột sống)	Thắt lưng đau ê ẩm, đau lâu ngày, hay tái phát, nghỉ ngơi thì giảm, vận động đau tăng, kèm theo là các biểu hiện của hội chứng: Người mệt mỏi, buồn bực ít ngủ. Miệng khô họng ráo. Sắc mặt đỏ, lòng bàn chân tay nóng. Lưỡi đỏ. Mạch tế sắc
Thận dương hư (Do thoái hóa cột sống)	Thắt lưng đau ê ẩm, đau lâu ngày, hay tái phát, nghỉ ngơi thì giảm, vận động đau tăng, kèm theo là các biểu hiện của hội chứng: Người mệt mỏi, gối mỏi, đái đêm nhiều lần, di tinh, liệt dương. Người lạnh, sắc mặt nhợt, chân tay mát. Lưỡi nhợt. Mạch trầm tế.

II. ĐIỀU TRỊ

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

- Điều trị bằng siêu âm, Điều trị bằng sóng ngắn
- Điều trị bằng tia hồng ngoại, Điều trị bằng nhiệt nóng (chườm nóng)
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều,...)
- Điều trị bằng từ trường, Điện phân dẫn thuốc
- Điều trị bằng laser công suất thấp
- Điều trị bằng Parafin
- Kéo nắn cột sống các khớp: Điều trị bằng máy kéo giãn cột sống, Kỹ thuật kéo nắn trị liệu, kéo nắn cột sống thắt lưng
- Tập luyện các bài tập theo tầm vận động cột sống thắt lưng. Điều chỉnh tư thế cột sống cổ khi làm việc, trong sinh hoạt. Các bài tập được thực hiện khi đang điều trị và sau điều trị.
- Di động mô mềm (kỹ thuật di động mô mềm)

2. Y học cổ truyền:

2.1. Không dùng thuốc:

2.1.1. Châm cứu:

- Hoa Đà giáp tích vùng cột sống thắt lưng, Thận du, Đại trường du, Yêu dương quan, Bát liêu, Ủy trung, Dương lăng tuyền, sử dụng thêm Đới mạch, Dương duy.

+ **Phong hàn thấp:** Thận du, Yêu dương quan, Ủy trung, Thứ liêu.

+ **Thận âm hư:** Thận du, Mệnh môn.

+ **Thận dương hư**: thêm Chí thất, Quan nguyên
 - Điện châm hoặc điện châm và đèn hồng ngoại hoặc điện châm và cứu âm 15 – 30 phút/lần/ngày, liệu trình 10 – 14 ngày sau đó đánh giá lại và có thể tiếp tục liệu trình kế tiếp. Trong cơn đau cấp có thể châm cứu 02 lần/ngày.

2.1.2. *Luyện tập dưỡng sinh (08.0028.0259):*

- Các bài tập vận động vùng thắt lưng.
- Giữ ấm khi thời tiết thay đổi.
- Nghỉ ngơi hợp lý, tránh thay đổi tư thế đột ngột, không mang vác nặng.
- Các liệu pháp hóa lý trị liệu: nhiệt, sóng siêu âm, kéo giãn,...
- Chế độ ăn đầy đủ dinh dưỡng, khoáng chất, Vitamin, tinh chất sụn.

2.1.3. *Các phương pháp khác:*

- Điện mẫn châm: điều trị thoái hóa khớp; điều trị giảm đau do thoái hóa khớp
- Cây chỉ: điều trị thoái hóa khớp; điều trị đau do thoái hóa khớp
- Thủy châm: điều trị thoái hóa khớp; điều trị đau do thoái hóa khớp
- Điện nhĩ châm: điều trị đau do thoái hóa khớp
- Xoa bóp bấm huyệt điều trị thoái hóa khớp; điều trị đau do thoái hóa khớp: 1 hoặc 2 lần/ngày, mỗi liệu trình 10 hoặc 15 ngày.
- Giác hơi điều trị các chứng đau

2.2. Dùng thuốc

2.2.1. **Thuốc thang** (theo *Đối chứng lập phương hoặc Bài thuốc kinh điển gia giảm*).

Thể bệnh	Pháp trị	Bài thuốc
Phong hàn (do lạnh, mưa, ẩm thấp)	Khu phong, tán hàn, trừ thấp, ôn kinh hoạt lạc	Độc hoạt Ký sinh thang
Thấp nhiệt (Do viêm nhiễm cột sống)	Khu phong, thanh nhiệt giải độc, hoạt huyết, lợi niệu, trừ thấp	Nhị diệu tán
Huyết ú (Do mang vác nặng, lệch tư thế, chấn thương)	Hành khí hoạt huyết, thư cân hoạt lạc	Thân thống trục ú thang
Thận âm hư (Do thoái hóa cột sống)	Bổ thận âm. Khu phong tán hàn trừ thấp thông kinh lạc	Tả quy hoàn. * Nếu đau lâu ngày không khỏi thì thuộc thận hư , dùng bài Thanh nga hoàn
Thận dương hư (Do thoái hóa cột sống)	Bổ thận dương. Khu phong tán hàn trừ thấp thông kinh lạc	Hữu quy hoàn. * Nếu đau lâu ngày không khỏi thì thuộc thận hư , dùng bài Thanh nga hoàn

2.2.2. **Thuốc thành phẩm:**

- Độc hoạt tang ký sinh (Độc hoạt, Tang ký sinh, Quế chi, Tàn giao, Tế tân, Phòng phong, Ngưu tất, Đỗ trọng, Sinh địa, Đương Quy, Bạch thược, Xuyên khung, Nhân sâm, Phục linh, Cam thảo); Phong tê thấp (Hy thiêm, Thổ phục linh, Thiên niên kiện, Huyết giác, Thương nhĩ tử, Hà thủ ô đỏ, Phấn phòng kỷ); Viên phong thấp (Độc hoạt, phòng phong, tang ký sinh, đỗ trọng, ngưu tất, tàn giao, sinh địa, bạch thược, cam thảo, tế tân, quế nhục, nhân sâm, đương quy, xuyên khung); Phong thấp Re (Tế tân, tang ký sinh, Độc hoạt, Phòng phong, Bạch thược, đỗ trọng, Bạch linh); Thấp khớp (Trinh nữ hoàng cung, Bồ cốt chi, Tục đoạn, Bạch chi, Hồng hoa, Ngưu tất, Đỗ trọng, Phòng phong, Độc hoạt, Tang ký sinh); Đại tàn giao (sinh địa, hoàng cầm, phục linh, bạch thược, thực địa, đương quy, phòng phong, độc hoạt, xuyên khung, bách chỉ, khương hoạt, thạch cao, tàn giao, bạch truật, cam thảo); Khu phong (khương hoạt, hoàng kỳ, phòng phong, đương quy, khương hoàng, xích thược, can khương, cam thảo); Phong thấp (Hy

thiên, Thiên niên kiện); Bồ gân cốt (Cỏ xước, Dây gắm, Đỗ trọng, Trái Nhàu, Sục sặc, Cốt toái bồ, Dâu tằm, Xuyên tâm liên, Cỏ mực, Hà thủ ô, Ngưu tất (Rễ), Nghệ, Ích mẫu, Hương phụ); Lục vị; Thất bảo mỹ nhiệm đơn (Hà thủ ô, đương quy, phá cố chi, bạch linh, Ngưu tất, câu kỷ tử, thỏ ty tử); Hà thủ ô-sinh địa; Dưỡng cốt (Cao xương hổn hợp, Hoàng bá, Tri mẫu, Trần bì, Bạch thược, Can khương, Thục địa); Kỳ cục địa hoàng; Bát trân; Bát vị; Phong thấp (Độc hoạt, Phòng phong, Tang ký sinh, Tế tân, Tần giao, Ngưu tất, Đỗ trọng, Qué chi, Xuyên khung, Sinh địa, Bạch thược, Đương quy, Đảng sâm, Bạch linh, Cam thảo); Phong thấp Rh (Hy thiêm, Thương nhĩ tử, Dây đau xương, Thổ phục linh, Hà thủ ô đỏ, Thiên niên kiện, Huyết giác); Phong thấp (Hy thiêm, Câu tích, Ngũ gia bì, Qué nhục, Sinh địa, Ngưu tất); Phong tê thấp (Hy thiêm, thiên niên kiện); Phong thấp (Hy thiêm, Lá lốt, Ngưu tất, Thổ phục linh); Phong thấp Ma (mã tiền chế, Ma hoàng, Tầm vôi, Nhũ hương, Một dược, Ngưu tất, Cam Thảo, Thương truật); Phong tê thấp (Mã tiền chế, Hy thiêm, Độc hoạt, Đỗ trọng, Xuyên khung, Đương quy, Tế tân, Tần giao, Phòng phong, Ngưu tất, Qué chi); Phong tê thấp (Mã tiền, đương quy, đỗ trọng, ngưu tất, qué chi, thương truật, thổ phục linh); Phong thấp Tu (Tục đoạn, Phòng phong, Hy thiêm, Độc hoạt, Tần giao, Đương quy, Ngưu tất, Thiên niên kiện, Hoàng kỳ, Đỗ trọng, Bạch thược, Xuyên khung); Thấp khớp F (Thỏ ty tử, Hà thủ ô đỏ, Dây đau xương, Cốt toái bồ, Đỗ trọng, Cúc bất tử, Nấm sô khô)

- **Thể Huyết ú:** Tô mộc, Huyết giác.

- **Thể Thận âm hư:** Sâm Qui (Đảng sâm, Thục địa, Qué chi, Ngũ gia bì, Đương qui, Xuyên khung, Long nhãn, Trần bì); Bát trân, Hoạt huyết thông mạch (đương quy, bạch thược, ngưu tất, thục địa, xuyên khung, ích mẫu), Hải sâm, Bồ thận âm, Lục vị, Lục vị Địa hoàng.

- **Thể Thận dương hư:** Thập toàn đại bổ, Hữu quy phương, Sâm Nhung, Cửu tử bổ thận, Bát vị; Bồ thận dương; Bát vị Qué Phụ.

❖ **Thuốc xoa bóp ngoài da:** Dầu nóng, Còn xoa bóp, Thuốc xoa bóp.

VIÊM QUANH KHỚP VAI (ICD 10: M75)

Bệnh danh YHCT (ICD YHCT): **Kiên thống (U62.182).**

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại

Đau và hạn chế vận động khớp vai, do tổn thương phần mềm quanh khớp (chủ yếu là gân, cơ, dây chằng và bao khớp). Gồm 3 giai đoạn:

- Giai đoạn đầu phong hàn thấp, bệnh nhân **đau** là chủ yếu (Kiên thống).
- Giai đoạn sau hàn thấp thấp, **hạn chế vận động** là chủ yếu (Kiên ngưng).
- Lâu ngày các tà khí làm tắc đường lưu thông khí huyết, **khí huyết không đủ nuôi dưỡng cân cơ** gây ra (Hậu kiên phong).

2. Y học cổ truyền

Thể bệnh	Triệu chứng
Kiên thống	Đau là dấu hiệu chủ yếu, đau tăng khi vận động, đau làm hạn chế vận động một số động tác như: chải đầu, gãi lưng. Khớp vai không sưng, không đỏ, cơ không teo. Trời lạnh, âm đau tăng.
Kiên ngưng	<i>Thường gặp ở những bệnh nhân liệt nửa người, chấn thương sọ não, viêm màng não.</i> Khớp như bị đông cứng lại. Khớp vai đau ít hoặc không, chủ yếu là hạn chế vận động hầu hết các động tác, toàn thân và khớp vai gần như bình thường, nếu bị bệnh lâu ngày các cơ xung quanh khớp vai teo nhẹ.
Hậu kiên phong	<i>Đây là một thể bệnh rất đặc biệt gồm viêm quanh khớp vai đông cứng và rối loạn thần kinh vận động ở bàn tay.</i> Khớp vai đau, hạn chế vận động. Bàn tay phù có khi lan lên cẳng tay, phù to, cứng, da cẳng tay, bàn tay có màu đỏ tía hoặc tím, da lạnh. Đau toàn bộ bàn tay, đau cả ngày đêm, cơ bàn tay teo rõ rệt, cơ lực giảm, vận động hạn chế, móng tay giòn, dễ gãy

II. ĐIỀU TRỊ

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

- Điều trị bằng siêu âm
- Điều trị bằng sóng ngắn
- Điều trị bằng tia hồng ngoại, Điều trị bằng nhiệt nóng (chườm nóng)
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều,...)
- Điều trị bằng từ trường
- Điện phân dẫn thuốc
- Điều trị bằng laser công suất thấp
- Điều trị bằng Parafin
- Kéo nắn cột sống các khớp: Điều trị bằng máy kéo giãn cột sống, Kỹ thuật kéo nắn trị liệu, kéo nắn cột sống cổ
- Tập luyện các bài tập theo tầm vận động cột sống cổ, vai tay. Điều chỉnh tư thế cột sống cổ khi làm việc, trong sinh hoạt để tránh gập hoặc quá ưỡn kéo dài. Các bài tập được thực hiện khi đang điều trị và sau điều trị.

- Di động mô mềm (kỹ thuật di động mô mềm)

2. Y học cổ truyền:

2.1. Không dùng thuốc:

2.1.1. Châm cứu:

- Điện châm điều trị đau do thoái hóa khớp (08.0313.0230; 03.0526.0230).

- Phương huyệt: chọn 6 – 8 huyệt/lần. Các huyệt: Phong trì, Hoa đà giáp tích C4 C7, A thị huyệt, Thiên trụ, Thiên tông, Ngoại quan, Hậu Khê, Khúc trì, Hợp cốc, Lạc châm, Tiểu hải, Kiên trình, Kiên trung du, Kiên tĩnh, Kiên tĩnh, Kiên liêu, Kiên ngưng, Kiên du, Tý nhu, Thiên tông, Phong môn, Phế du, Hợp cốc, Âm lăng tuyền, Đại chùy, Phong phủ, A thị vùng đau tê + bất tà, ...

- Liệu trình từ 10 – 14 lần châm, thời gian châm 20 – 30 phút/lần, điện châm 01 lần/ngày. Tùy mức độ bệnh và đáp ứng điều trị có thể đánh giá lại và tiếp tục liệu trình kế tiếp.

2.1.2. Luyện tập dưỡng sinh (08.0028.0259).

2.2.3. Các phương pháp khác:

- Điện mãng châm: điều trị thoái hóa khớp, điều trị giảm đau do thoái hóa khớp

- Cây chỉ: điều trị thoái hóa khớp, điều trị đau do thoái hóa khớp

- Thủy châm: điều trị thoái hóa khớp, điều trị đau do thoái hóa khớp

- Điện nhĩ châm: điều trị đau do thoái hóa khớp (08.0217.0230).

- Xoa bóp bấm huyệt điều trị thoái hóa khớp, điều trị đau do thoái hóa khớp: 1 hoặc 2 lần/ngày, mỗi liệu trình 10 hoặc 15 ngày.

- Giác hơi điều trị các chứng đau

2.2. Dùng thuốc

2.2.1. Thuốc thang (theo Đối chứng lập phương hoặc Bài thuốc kinh điển gia giảm).

Thể bệnh	Pháp trị	Bài thuốc
Kiên thống	Khu phong tán hàn, hành khí hoạt huyết	Quyên tý thang.
Kiên ngưng	Hoạt huyết tiêu ú, thư cân hoạt lạc	Quyên tý thang
Hậu kiên phong	Bổ khí huyết, hoạt huyết tiêu ú	Đào Hồng tứ vật thang

2.2.2. Thuốc thành phẩm:

Khu phong trừ thấp (khương hoạt, hoàng kỳ, phòng phong, đương quy, khương hoàng, xích thược, can khương, cam thảo), Piascledine 300, Thấp khớp (Trình nữ hoàng cung, Bồ cốt chỉ, Tục đoạn, Bạch chỉ, Hồng hoa, Ngưu tất, Đỗ trọng, Phòng phong, Độc hoạt, Tang ký sinh); Viên phong thấp (Độc hoạt, phòng phong, tang ký sinh, đỗ trọng, ngưu tất, tằm giao, sinh địa, bạch thược, cam thảo, tế tân, quế nhục, nhân sâm, đương quy, xuyên khung); Độc hoạt tang ký sinh; Phong thấp (Độc hoạt, Phòng phong, Tang ký sinh, Tế tân, Tằm giao, Ngưu tất, Đỗ trọng, Quế chi, Xuyên khung, Sinh địa, Bạch thược, Đương quy, Đảng sâm, Bạch linh, Cam thảo); Phong tê thấp (Hy thiêm, Thổ phục linh, Thiên niên kiện, Huyết giác, Thương nhĩ tử, Hà thủ ô đỏ, Phấn phòng kỹ), Phong thấp Rh (Hy thiêm, Thương nhĩ tử, Dây đau xương, Thổ phục linh, Hà thủ ô đỏ, Thiên niên kiện, Huyết giác); Hoàn phong thấp (Hy thiêm, Cầu tích, Ngũ gia bì, Quế nhục, Sinh địa, Ngưu tất); Phong tê thấp (Hy thiêm, thiên niên kiện); Phong thấp (Hy thiêm, Lá lốt, Ngưu tất, Thổ phục linh); Phong thấp Ma (mã tiền chế, Ma hoàng, Tầm vôi, Nhũ hương, Một dược, Ngưu tất, Cam Thảo, Thương truật); Phong tê thấp (Mã tiền chế 20mg, Cao đặc Hy thiêm, Độc hoạt, Đỗ trọng, Xuyên khung, Đương quy, Tế tân, Tân giao, Phòng phong,

Ngưu tất, Quế chi); Phong tê thấp (Mã tiền, đương quy, đỗ trọng, ngưu tất, quế chi, thương truật, thỏ phục linh); Phong thấp Tu (Tục đoạn, Phòng phong, Hy thiêm, Độc hoạt, Tần giao, Đương quy, Ngưu tất, Thiên niên kiện, Hoàng kỳ, Đỗ trọng, Bạch thược, Xuyên khung); Viên phong thấp (Mã tiền chế, Hy thiêm, Ngũ gia bì chân chim, Tam thất); Đại Tần giao.

❖ **Thuốc xoa bóp ngoài da:** Dầu nóng, Cồn xoa bóp, Thuốc xoa bóp.

ĐAU VAI GÁY **(ICD 10: M54.2 Đau vùng cổ gáy)**

Bệnh danh YHCT (ICD YHCT): **Lạc chẩm (U62.311)**

Chứng tý (U62.313).

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại

Đau vai gáy là đau vùng cổ, vai, gáy. Thường đau một bên, đôi khi đau cả hai bên, có khi đau lan lên đỉnh đầu hoặc xuống cánh tay. Bệnh có thể kèm theo triệu chứng quay đầu, cổ hoặc vận động khớp vai khó khăn.

2. Y học cổ truyền

Thể bệnh	Triệu chứng
Phong hàn	<i>Thường xảy ra đột ngột sau nhiễm lạnh (đi mưa lạnh, tắm lạnh hay thời tiết quá lạnh).</i> Vai gáy cứng đau, quay cổ khó, sợ gió, sợ lạnh. Gặp lạnh đau tăng, chườm nóng đỡ đau (thiện án). Lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch phù hoãn.
Khí trệ huyết ú (thoát vị đĩa đệm, chấn thương)	<i>Thường gặp sau chấn thương, mang vác nặng, nằm ngủ kê gối sai tư thế.</i> Vai gáy đau như dùi đâm, đau có chỗ nhất định. Nhẹ thì xoay đầu khó khăn, nặng thì không quay trở được. Ấn vào thì đau (cự án). Chết lưỡi có ban tím. Mạch sáp
Can thận hư (thoái hóa cột sống cổ)	<i>Bệnh thường gặp ở người có tuổi.</i> Vai gáy thường đau mỏi, tái đi tái lại. Khi lao động khó nhọc thì đau tăng, nghỉ ngơi bớt đau. Thích xoa chườm nóng (thiện án). Kèm đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, mất ngủ, tâm phiền. Chết lưỡi đỏ, ít rêu. Mạch tế sắc.

II. ĐIỀU TRỊ

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

- Điều trị bằng siêu âm
- Điều trị bằng sóng ngắn
- Điều trị bằng tia hồng ngoại, Điều trị bằng nhiệt nóng (chườm nóng)
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều,...)
- Điều trị bằng từ trường
- Điện phân dẫn thuốc
- Điều trị bằng laser công suất thấp
- Điều trị bằng Parafin
- Kéo nắn cột sống các khớp: Điều trị bằng máy kéo giãn cột sống, Kỹ thuật kéo nắn trị liệu, kéo nắn cột sống cổ
- Tập luyện các bài tập theo tầm vận động cột sống cổ, vai tay. Điều chỉnh tư thế cột sống cổ khi làm việc, trong sinh hoạt để tránh gặp hoặc quá ưỡn kéo dài. Các bài tập được thực hiện khi đang điều trị và sau điều trị.

- Di động mô mềm (kỹ thuật di động mô mềm)

2. Y học cổ truyền:

2.1. Không dùng thuốc:

2.1.1. Châm cứu:

- Điện châm điều trị đau do thoái hóa khớp (08.0313.0230; 03.0526.0230).

- Phương huyết: chọn 6 – 8 huyết/lần. Các huyết: Phong trì, Hoa đà giáp tích C4 C7, A thị huyết, Thiên trụ, Thiên tông, Ngoại quan, Hậu Khê, Khúc trì, Hợp cốc, Lạc châm, Tiểu hải, Kiên trình, Kiên trung du, Kiên tĩnh, Kiên tinh, Kiên liêu, Kiên ngưng, Kiên du, Tý nhu, Thiên tông, Phong môn, Phê du, Hợp cốc, Âm lăng tuyền, Đại chùy, Phong phủ, A thị vùng đau tê + bất tà, ...

- Liệu trình từ 10 – 14 lần châm, thời gian châm 20 – 30 phút/lần, điện châm 01 lần/ngày. Tùy mức độ bệnh và đáp ứng điều trị có thể đánh giá lại và tiếp tục liệu trình kế tiếp.

2.1.2. Luyện tập dưỡng sinh (08.0028.0259).

2.2.3. Các phương pháp khác:

- Điện mẫn châm: điều trị thoái hóa khớp, điều trị giảm đau do thoái hóa khớp

- Cây chỉ: điều trị thoái hóa khớp, điều trị đau do thoái hóa khớp

- Thủy châm: điều trị thoái hóa khớp, điều trị đau do thoái hóa khớp

- Điện nhĩ châm: điều trị đau do thoái hóa khớp (08.0217.0230).

- Xoa bóp bấm huyết điều trị thoái hóa khớp, điều trị đau do thoái hóa khớp: 1 hoặc 2 lần/ngày, mỗi liệu trình 10 hoặc 15 ngày.

- Giác hơi điều trị các chứng đau

2.2. Dùng thuốc

2.2.1. Thuốc thang (theo Đối chứng lập phương hoặc Bài thuốc kinh điển gia giảm).

Thể bệnh	Pháp trị	Bài thuốc
Phong hàn	Khu phong tán hàn, thông kinh hoạt lạc	Cát căn thang
Khí trệ huyết ú (thoát vị đĩa đệm, chấn thương)	Hoạt huyết hóa ú, lý khí chỉ thống	Thân thống trục ú thang
Can thận hư (thoái hóa cột sống cổ)	Tư bổ can thận, thư cân hoạt lạc	Quyên tý thang

2.3. Thuốc thành phẩm:

Khu phong trừ thấp (khương hoạt, hoàng kỳ, phòng phong, đương quy, khương hoàng, xích thực, can khương, cam thảo), Piascledine 300, Thấp khớp (Trình nữ hoàng cung, Bồ cốt chỉ, Tục đoạn, Bạch chỉ, Hồng hoa, Ngưu tất, Đỗ trọng, Phòng phong, Độc hoạt, Tang ký sinh); Viên phong thấp (Độc hoạt, phòng phong, tang ký sinh, đỗ trọng, ngưu tất, tân giao, sinh địa, bạch thực, cam thảo, tề tân, quế nhục, nhân sâm, đương quy, xuyên khung); Độc hoạt tang ký sinh; Phong thấp (Độc hoạt, Phòng phong, Tang ký sinh, Tề tân, Tân giao, Ngưu tất, Đỗ trọng, Quế chi, Xuyên khung, Sinh địa, Bạch thực, Đương quy, Đảng sâm, Bạch linh, Cam thảo); Phong tê thấp (Hy thiêm, Thổ phục linh, Thiên niên kiện, Huyết giác, Thương nhĩ tử, Hà thủ ô đỏ, Phấn phòng kỷ), Phong thấp Rh (Hy thiêm, Thương nhĩ tử, Dây đau xương, Thổ phục linh, Hà thủ ô đỏ, Thiên niên kiện, Huyết giác); Hoàn phong thấp (Hy thiêm, Cầu tích, Ngũ gia bì, Quế nhục, Sinh địa, Ngưu tất); Phong tê thấp (Hy thiêm, thiên niên kiện); Phong thấp (Hy thiêm, Lá lốt, Ngưu tất, Thổ phục linh); Phong thấp Ma (mã tiền chế, Ma hoàng, Tầm vôi, Nhũ hương, Một dược, Ngưu tất, Cam Thảo, Thương truật); Phong tê thấp (Mã tiền chế 20mg, Cao đặc Hy thiêm, Độc hoạt, Đỗ trọng, Xuyên khung, Đương quy, Tề tân, Tân giao, Phòng phong, Ngưu tất, Quế chi); Phong tê thấp (Mã tiền, đương quy, đỗ trọng, ngưu tất, quế chi, thương truật, thổ phục linh); Phong thấp Tu (Tục đoạn, Phòng phong, Hy thiêm, Độc hoạt, Tân giao, Đương quy, Ngưu tất, Thiên niên kiện, Hoàng kỳ, Đỗ trọng, Bạch thực, Xuyên khung); Viên phong thấp (Mã tiền chế, Hy thiêm, Ngũ gia bì chân chim, Tam thất); Đại Tân giao.

- **Thẻ Huyết ứ:** Tô mộc, Huyết giác.

❖ **Thuốc xoa bóp ngoài da:** Dầu nóng Mặt trời, Côn xoa bóp, Côn xoa bóp Jamda, Thuốc xoa bóp Bảo Phương.

BỆNH GÚT **(ICD 10: M10 Bệnh gút)**

Bệnh danh YHCT (ICD YHCT): **Thống phong (U62.371).**

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại

Bệnh thường khởi phát vào ban đêm với triệu chứng:

- Đột ngột ngón chân cái sưng to, nóng, đỏ, đau rất dữ dội (chỉ 1 bên, không có sự đối xứng) kéo dài khoảng 3-5 ngày, sau đó tự khỏi.

Nhưng hầu hết các cơn đau sẽ tái phát trong vòng 1-3 năm. Nếu không chữa trị đầy đủ, trong giai đoạn sau, bệnh sẽ gây tổn thương nhiều khớp và hình thành cục tophi (do tinh thể urat lắng đọng trong mô mềm) tại khớp khuỷu tay, mu bàn tay, ngón tay, gót chân, gân Achilles, ngón chân.

2. Y học cổ truyền

Thể bệnh	Triệu chứng
Cấp tính (phong thấp nhiệt)	Đột ngột khớp ngón chân cái (thường gặp nhưng cũng có thể các khớp nhỏ khác) sưng nóng đỏ đau, không cho đụng vào. Người sốt, đau đầu, sợ lạnh hoặc bứt rứt khát nước, miệng khô. Tiểu vàng. Lưỡi đỏ, rêu vàng bẩn. Mạch sác
Mạn tính (phong hàn thấp)	Nhiều khớp sưng to kéo dài, co duỗi khó, tại khớp không nóng đỏ rõ nhưng đau nhiều, biến dạng kèm theo tê dại, da tím xám đen, chườm nóng dễ chịu. Xuất hiện nốt u cục quanh khớp, dưới da, vành tai (hạt tophi), mềm, không đau, trong chứa một chất trắng như phấn. Lưỡi nhợt, rêu trắng. Mạch trầm huyền hoặc khắn

II. ĐIỀU TRỊ

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

- Điều trị bằng siêu âm
- Điều trị bằng sóng ngắn
- Điều trị bằng tia hồng ngoại, Điều trị bằng nhiệt nóng (chườm nóng)
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều,...)
- Điều trị bằng từ trường
- Điện phân dẫn thuốc
- Điều trị bằng laser công suất thấp
- Điều trị bằng Parafin
- Điều trị bằng máy kéo giãn cột sống, Kỹ thuật kéo nắn trị liệu
- Hoạt động trị liệu: phòng ngừa cứng khớp, duy trì hoạt động linh hoạt của khớp.
- + Tập vận động thụ động
- + Tập vận động có trợ giúp
- + Tập vận động chủ động

+ Tập vận động có kháng trở

+ Tập vận động tự do tứ chi

2. Y học cổ truyền:

2.1. Các phương pháp không dùng thuốc:

2.1.1. Châm cứu:

- Điện châm điều trị đau do thoái hóa khớp

- A thị huyết, huyết lân cận vùng khớp đau, nhóm huyết hoa đà giáp tích, ...

- Nhóm huyết bổ can, thận: Thận du, Can du, Thái Khê, Thái xung, Dương lăng tuyền,...

+ **Ngón chân, bàn chân:** A thị huyết, Bát phong, Nội đình, Thái xung.

+ **Cổ chân:** A thị huyết, Côn lôn, Khâu khư, Giải Khê, Thái Khê.

+ **Khớp gối:** Nội ngoại tất nhãn, Dương lăng tuyền, Lương khâu, Ủy trung, Tất dương quan, Khúc tuyền, Túc tam lý.

+ **Ngón tay, bàn tay:** A thị huyết, Tứ phùng, Bát tà, Tam gian.

+ **Cổ tay:** A thị huyết, Dương trì, Dương Khê, Hợp cốc.

Gia thêm:

+ **Cấp tính (Phong thấp nhiệt):** Đại chùy, Thân trụ, Khúc trì.

+ **Mạn tính (Phong hàn thấp):** Cứu các huyết theo vùng đau

- Có thể kết hợp điện châm kết hợp cứu âm hoặc/và chiếu đèn hồng ngoại.

- Châm cứu mỗi ngày. Liệu trình điều trị 10 – 15 ngày/ đợt điều trị. Mỗi lần 20-30 phút.

2.1.2. *Luyện tập dưỡng sinh:* Các bài dưỡng sinh cho từng vị trí khớp phù hợp.

2.2.3. Các phương pháp khác:

- Điện mẫn châm: điều trị giảm đau do thoái hóa khớp

- Cây chỉ: điều trị thoái hóa khớp, điều trị đau do thoái hóa khớp

- Thủy châm: điều trị thoái hóa khớp, điều trị đau do thoái hóa khớp

- Điện nhĩ châm: điều trị đau do thoái hóa khớp

- Xoa bóp bấm huyết điều trị thoái hóa khớp; điều trị đau do thoái hóa khớp 1 hoặc 2 lần/ngày, mỗi liệu trình 10 hoặc 15 ngày.

- Giác hơi điều trị các chứng đau

1.2. Dùng thuốc

1.2.1. **Thuốc thang**(theo *Đối chứng lập phương hoặc Bài thuốc kinh điển gia giảm*).

Thể bệnh	Pháp trị	Bài thuốc
Cấp tính	Thanh nhiệt thông lạc, khu phong trừ thấp	Bạch hổ gia Quế chi thang
Mạn tính	Khu hàn thông lạc, trừ thấp chỉ thống	Thống phong phương

1.2.2. **Thuốc thành phẩm:**

Khu phong trừ thấp (khương hoạt, hoàng kỳ, phòng phong, đương quy, khương hoàng, xích thực, can khương, cam thảo), Piascledine 300, Thấp khớp (Trình nữ hoàng cung, Bồ cốt chỉ, Tục đoạn, Bạch chỉ, Hồng hoa, Ngưu tất, Đỗ trọng, Phòng phong, Độc hoạt, Tang ký sinh); Viên phong thấp (Độc hoạt, phòng phong, tang ký sinh, đỗ trọng, ngưu tất, tằm giao, sinh địa, bạch thược, cam thảo, tề tân, quế nhục, nhân sâm, đương quy, xuyên khung); Độc hoạt tang ký sinh; Phong thấp (Độc hoạt, Phòng phong, Tang ký sinh, Tề tân, Tằm giao, Ngưu tất, Đỗ trọng, Quế chi, Xuyên khung, Sinh địa, Bạch thược, Đương quy, Đảng sâm, Bạch linh, Cam thảo); Phong tê thấp (Hy

thêm, Thổ phục linh, Thiên niên kiện, Huyết giác, Thương nhĩ tử, Hà thủ ô đỏ, Phấn phòng kỷ), Phong thấp Rh (Hy thiêm, Thương nhĩ tử, Dây đau xương, Thổ phục linh, Hà thủ ô đỏ, Thiên niên kiện, Huyết giác); Hoàn phong thấp (Hy thiêm, Câu tích, Ngũ gia bì, Quế nhục, Sinh địa, Ngưu tất); Phong tê thấp (Hy thiêm, thiên niên kiện); Phong thấp (Hy thiêm, Lá lốt, Ngưu tất, Thổ phục linh); Phong thấp Ma (mã tiền chế, Ma hoàng, Tầm vôi, Nhũ hương, Một dược, Ngưu tất, Cam Thảo, Thương truật); Phong tê thấp (Mã tiền chế 20mg, Cao đặc Hy thiêm, Độc hoạt, Đỗ trọng, Xuyên khung, Đương quy, Tế tân, Tần giao, Phòng phong, Ngưu tất, Quế chi); Phong tê thấp (Mã tiền, đương quy, đỗ trọng, ngưu tất, quế chi, thương truật, thổ phục linh); Phong thấp Tu (Tục đoạn, Phòng phong, Hy thiêm, Độc hoạt, Tần giao, Đương quy, Ngưu tất, Thiên niên kiện, Hoàng kỳ, Đỗ trọng, Bạch thược, Xuyên khung); Viên phong thấp (Mã tiền chế, Hy thiêm, Ngũ gia bì chân chim, Tam thất); Đại Tần giao.

HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY (ICD 10: G56)

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Triệu chứng cơ năng

Bệnh nhân thường đau, dị cảm, tê cứng ở ba ngón rưỡi do thần kinh giữa chi phối, nhưng cũng có lúc tê cả bàn tay.

1.2. Triệu chứng thực thể

Dấu hiệu lâm sàng cổ điển của hội chứng ống cổ tay là: dấu hiệu Tinel, và nghiệm pháp Phalen.

Giảm hoặc mất cảm giác châm chích vùng da do thần kinh giữa chi phối. Những triệu chứng như teo cơ mô cái, cử động đối ngón yếu, cầm nắm yếu là những dấu hiệu muộn đã có tổn thương thần kinh.

2. Cận lâm sàng

Chẩn đoán điện là phương pháp cận lâm sàng có giá trị.

Siêu âm với đầu dò phẳng tần số cao 7-13-MHz có khả năng chẩn đoán khá chính xác hội chứng ống cổ tay.

3. Chẩn đoán

Chẩn đoán hội chứng ống cổ tay phải có hai hoặc nhiều hơn những tiêu chuẩn sau đây (một hoặc nhiều hơn một triệu chứng cơ năng và một hoặc nhiều hơn một triệu chứng thực thể)

II. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)
- Điều trị bằng nhiệt nóng(chườm nóng)
- Điều trị bằng Parafin
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Siêu âm (điều trị bằng siêu âm)
- Sóng ngắn (điều trị bằng sóng ngắn)
- Từ trường (điều trị bằng từ trường)
- Điện phân dẫn thuốc.
- Quang châm (điều trị bằng laser công suất thấp)

Ngoài ra chuyên viên vật lý trị liệu sẽ hướng dẫn cách tập gập – duỗi, dang – áp ngón tay cái và các ngón, đối các ngón. Tùy theo sức cơ, có thể tập đề kháng theo hướng ngược chiều của cử động để gia tăng sức mạnh của cơ, như vậy các cơ trong lòng bàn tay sẽ hồi phục và không còn bị teo, tầm vận động của các khớp ở các ngón tay sẽ không còn bị hạn chế.

III. ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

- Châm cứu (hào châm, nhĩ châm, thủy châm, ôn châm, mai hoa châm, Laser châm)
- Điện châm
- Cấy chỉ

Phác đồ huyết

- | | | |
|------------|---------------|---------------|
| - Thần môn | - Đại lãng | - Thái uyên |
| - Kinh cừ | - Liệt khuyết | - Linh đạo |
| - Thông lý | - Nội quan | - Âm đô |
| - Gián sử | - Lao cung | - A thị huyết |

- Điện châm ngày một lần, mỗi lần 20-30 phút, một liệu trình điều trị từ 10- 20 lần châm tùy theo mức độ bệnh và đáp ứng điều trị .

*Bài thuốc PT5.

*Bài thuốc Quyên tý thang

- Các thuốc thành phẩm y học cổ truyền:

* Viên phong thấp (Mã tiền chế, Hy thiêm, Ngũ gia bì chân chim, Tam thất); Phong tê thấp (Hy thiêm, Thổ phục linh, Thiên niên kiện, Huyết giác, Thương nhĩ tử, Hà thủ ô đỏ, Phấn phòng kỷ); Phong thấp Re (Tế tân, tang ký sinh, Độc hoạt, Phòng phong, Bạch thược, đỗ trọng, Bạch linh); Thấp khớp (Trình nữ hoàng cung, Bỏ cốt chi, Tục đoạn, Bạch chi, Hồng hoa, Ngu tát, Đỗ trọng, Phòng phong, Độc hoạt, Tang ký sinh); Dưỡng cốt (Cao xương hổn hợp, Hoàng bá, Tri mẫu, Trần bì, Bạch thược, Can khương, Thục địa); Tô mộc; Lục vị; Bỏ thận âm; Bát vị; Bỏ thận dương.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Giúp bệnh nhân hiểu quá trình của bệnh và hậu quả của nó.
- Giáo dục bệnh nhân cách kiểm soát bệnh.
- Kiểm soát cơn đau.
- Duy trì và cải thiện chức năng sinh hoạt vận động, làm chậm tiến trình thoái hóa khớp

RỐI LOẠN LIPID MÁU (ICD 10: E78)

Bệnh danh YHCT (ICD YHCT): Rối loạn chuyển hóa lipoprotein và tình trạng tăng lipid máu khác (E78) **Chứng đàm (U53.151).**

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại

Rối loạn lipid máu là tình trạng bệnh lý khi có một hoặc nhiều thông số lipid bị rối loạn:

- Tăng cholesterol ($> 5,2$ mmol/L (200 mg/dL)).
- Tăng triglycerid ($> 1,7$ mmol/L (150 mg/dL)).
- Tăng LDL-c ($> 2,58$ mmol/L (100 mg/dL)).
- Giảm HDL-c ($< 1,03$ mmol/L (40 mg/dL)).

2. Y học cổ truyền

Thể bệnh	Triệu chứng
Tỳ hư thấp thịnh	Đầu nặng người mệt, chân tay tê mỏi. Bụng đầy ăn kém. Hay quên. Sắc mặt kém nhuận. Mi mắt nặng hoặc hai chân phù thũng. Miệng nhạt không khát. Đại tiện lỏng nát, tiểu tiện trong dài. Lưỡi bè chất nhợt, rêu trắng nhầy. Mạch trầm hoãn vô lực.
Đàm trọc nội trở	Hình thể béo phì. Nặng đầu u mê. Phản ứng chậm chạp. Ngực bụng đầy tức, ăn kém bụng đầy. Chân tay tê nặng. Ho khạc đờm, hoặc nôn ọe, ăn kém. Lưỡi nhợt rêu trắng dày dính. Mạch huyền hoạt thực.
Thấp nhiệt nội uẩn	Người mệt đầu nặng. Trong ngực phiền muộn. Hoa mắt chóng mặt. Bụng đầy ăn kém. Miệng đắng mà khô. Đại tiện lỏng nát nặng mùi, tiểu tiện vàng. Lưỡi đỏ rêu vàng nhầy dính. Mạch hoạt sắc
Khí trệ huyết ú	Ngực tức đau, tâm quý khí đoản. Chất lưỡi ám tím hoặc có ban điểm ú huyết, rêu mỏng. Mạch tế sáp hoặc trầm sáp.
Thận tinh bất túc	Đầu váng mắt hoa. Thất miên đa mộng. Kiện vong ù tai. Lưng gối tê mỏi chân tay tê bì. Tóc rụng răng long, hành động chậm chạp, miệng khô họng táo. Chất lưỡi nhợt tối, rêu trắng mỏng hoặc không rêu. Mạch trầm nhược
Âm hư dương kháng	Đau đầu, hoa mắt chóng mặt. Phiền táo dễ cáu, thất miên đa mộng. Lưng gối đau mỏi, mắt mờ tai ù, ngũ tâm phiền nhiệt, nửa đêm đạo hãn, chân tay tê bì. Lưỡi đỏ ít rêu hoặc không rêu. Mạch huyền tế sắc

II. ĐIỀU TRỊ

1. Không dùng thuốc

Điện châm, cấy chỉ, hồng ngoại, cứu.

- Phương huyết:

+ (Tả): Phong long, Giải khô, Thái xung. Huyết hải.

+ (Bổ): Túc tam lý, Tam âm giao, Tỳ du, Vị du, Thận du

2. Dùng thuốc

2.1. Thuốc thang (theo Đối chứng lập phương hoặc Bài thuốc kinh điển gia giảm).

Thể bệnh	Pháp trị	Bài thuốc
Tỳ hư thấp thịnh	Ích khí kiện tỳ, hòa vị thẩm thấp	Sâm Linh Bạch Truật tán.
Đàm trọc nội trở	Kiến tỳ hòa vị, hành khí trừ đàm	Địch đàm thang
Thấp nhiệt nội uẩn	Thanh nhiệt hóa đàm, hành khí tiêu trệ	Nhân trần cao thang

Khí trệ huyết ứ	Sơ can lý khí, hoạt huyết thông mạch	Huyết phủ trực ứ thang.
Thận tinh bất túc	Bổ ích thận tinh, sung điền não tủy	Hữu quy âm
Âm hư dương kháng	Tư âm bổ thận, bình can tiềm dương	Thiên ma Câu đằng âm

2.2. Thuốc thành phẩm:

Actiso, Actisô, Ống uống Actisô, Viên Tỏi Nghệ, Flavital (Thỏ ty tử, Hà thủ ô đỏ, Dây đau xương, Cốt toái bổ, Đỗ trọng, Cúc bất tử, Nấm sò khô), Linh chi, Lipidan (Bán hạ nam; Bạch linh; Xa tiền tử; Ngũ gia bì; Sinh khương; Trần bì; Rụt; Sơn trà; Hậu phác nam), Hải sâm

- *Thể Thận tinh bất túc:* Hữu quy phương.

VIÊM LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG
(ICD 10: K25; K26; K29)

Bệnh danh YHCT (ICD YHCT):

- Loét dạ dày (K25): **Vị quản thông (U60.451).**
- Loét tá tràng(K26): **Vị quản thông (U60.461).**
- Viêm dạ dày tá tràng (K29): **Vị quản thông (U60.471).**

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại

Viêm loét dạ dày – tá tràng là thương tổn ở niêm mạc dạ dày hoặc tá tràng (phần đầu của ruột non ngay sau dạ dày) các mức độ từ viêm đến loét. Vị trí viêm loét thường xuất hiện ở khu vực tá tràng nhiều hơn 4 lần so với viêm loét ở khu vực dạ dày. Có thể vừa viêm hoặc loét dạ dày lại vừa viêm hoặc loét tá tràng. Loét dạ dày, loét tá tràng là khi có một hay nhiều thương tổn xảy ra ở dạ dày, ở tá tràng với kích thước lớn hơn hoặc bằng 0.5cm.

(1) Lâm sàng:

- **Triệu chứng chủ yếu:** Đau vùng thượng vị. (Đôi khi bệnh nhân không có triệu chứng hoặc chỉ có một vài triệu chứng của rối loạn tiêu hóa).

	VIÊM LOÉT DẠ DÀY	VIÊM LOÉT TÁ TRÀNG
Vị trí	- Đau vùng thượng vị, hoặc lệch về bên trái đường trắng giữa. - Thường lan lên ngực, sau mũi ức.	- Đau lệch về bên phải đường trắng giữa. - Thường lan ra sau lưng.
Tính chất	* Vùng tâm vị hay bờ cong nhô: đau ngay sau khi ăn hoặc cách 15-60 phút. * Vùng hang vị: đau 2-3 giờ sau ăn. * Vùng môn vị: thường đau quặn, không liên quan đến bữa ăn. * Ở thành sau dạ dày: cơn đau có thể lan ra vùng hông sườn phải, hoặc có thể lói ra sau lưng. ** Hay gặp đau sau ăn, nên còn gọi là “đau khi no”.	Đau thường xuất hiện sau khi ăn 2-6 giờ, hoặc đau vào ban đêm. ** Có thể giảm đau khi ăn vào, nên còn gọi là "đau khi đói".
Khám bụng	- <i>Trong cơn đau:</i> Nếu ấn vào vùng thượng vị hay bên trái bụng trên thì đau. - <i>Ngoài cơn đau:</i> khi hết cơn đau các biểu hiện trên giảm dần, hoặc ấn không đau	- <i>Trong cơn đau :</i> Nếu ấn vào bên phải bụng trên thì đau. - <i>Ngoài cơn đau:</i> khi hết cơn đau các biểu hiện trên giảm dần, hoặc ấn không đau

- Có thể có **các rối loạn tiêu hóa** kèm theo: Đầy hơi, trướng bụng, chướng tiêu.Ợ hơi, ợ chua. Buồn nôn, nôn. Ăn kém, chán ăn.

(2) Cận lâm sàng: X quang, nội soi (nội soi chính xác hơn X quang vì nhìn thấy hình ảnh trực tiếp).

2.Y học cổ truyền

Thể bệnh	Triệu chứng
Khí trệ	Đau vùng thượng vị từng cơn, đau lan ra hai mạn sườn xuyên ra sau lưng, bụng đầy trướng, ấn thấy đau (cự ấn), ợ hơi, ợ chua.Chất lưỡi hơi đỏ, rêu lưỡi trắng hoặc hơi vàng mỏng.Mạch huyền

Hỏa uất	Vùng thượng vị đau nhiều, đau rát, cự án, miệng khô, ợ chua, đắng miệng. Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch huyền sắc
Huyết ú	Đau dữ dội ở một vị trí nhất định vùng thượng vị, cự án (ấn vào đau tăng lên, khó chịu). Thể này chia ra làm hai loại: <ul style="list-style-type: none"> • Thực chứng: nôn ra máu, ỉa phân đen, môi đỏ. Lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch huyền sắc hữu lực (bệnh thể cấp). • Hư chứng: sắc mặt xanh nhợt, người mệt mỏi, tay chân lạnh, môi nhợt. Chất lưỡi bệu có điểm ú huyết, rêu lưỡi nhuận. Mạch hư đại hoặc tế sáp (bệnh thể hoãn).
Tỳ vị hư hàn	- Đau vùng thượng vị liên miên, nôn nhiều, mệt mỏi, thích xoa bóp và chườm nóng, đầy bụng, nôn ra nước trong, sợ lạnh, tay chân lạnh. Đại tiện phân nát, có lúc táo. - Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng. Mạch hư tế

II. ĐIỀU TRỊ

1. Không dùng thuốc

Điện châm, thủy châm, hồng ngoại, cứu, cây chỉ, xoa bóp bấm huyệt

- **Phương huyết** (Gia giảm tùy theo chứng trạng bệnh nhân. Hư thì bổ, thực thì tả, hàn thì cứu hoặc chiếu đèn hồng ngoại): A thị huyết, Trung quản, Nội quan, Túc tam lý, Thái xung.

Gia thêm:

Khí trệ: Lương khâu, Tam âm giao, Thiên khu, Can du, Tỳ du, Vị du.

Hỏa uất: Châm tả các huyết như trên, thêm Nội đình, Hợp cốc.

Huyết ú:

✓ **Thực chứng:** (Tả) Can du, Tỳ du, Huyết hải, Hợp cốc.

✓ **Hư chứng:** (Cứu) Can du, Tỳ du, Cách du, Tâm du.

Tỳ vị hư hàn: (Cứu) Thiên khu, Tỳ du, Vị du, Quan nguyên, Khí hải

2. Dùng thuốc

2.1. Thuốc thang (theo Đối chứng lập phương hoặc Bài thuốc kinh điển gia giảm).

Thể bệnh	Pháp trị	Bài thuốc
Khí trệ	Hòa can, lý khí (Sơ can giải uất, sơ can hòa vị).	Sài hồ sơ can thang.
Hỏa uất	Sơ can, tán nhiệt, thanh hòa vị	Sài hồ sơ can thang gia Xuyên luyện tử, Ô tặc cốt hoặc Hóa can tiền hợp Tả kim hoàn
Huyết ú	<ul style="list-style-type: none"> • Thực chứng: Thông lạc hoạt huyết, hoặc lương huyết chỉ huyết • Hư chứng: Bổ huyết chỉ huyết. 	<ul style="list-style-type: none"> • Thực chứng: Thất tiểu tán. • Hư chứng: Hoàng thổ thang, hoặc Tứ quân tử thang, hoặc Điều đình liễm can thang
Tỳ vị hư hàn	Ôn trung kiện tỳ (Ôn bổ tỳ vị, ôn vị kiện trung).	Hoàng kỳ kiến trung thang, hoặc Ô mai hoàn

2.2. Thuốc thành phẩm:

Dạ dày tá tràng, Phalintop (Đảng sâm, cam thảo), Chỉ thực tiêu bị, Hương sa lục quân, Viên Tiêu hóa, Bổ trung ích khí, Kiện tỳ, Tràng Vị (ngưu nhĩ phong, La liễu); Nhuận gan lợi mật (Bìm bìm, Rau đắng đất, Diệp hạ châu), Nhuận gan lợi mật (Rau đắng đất, Diệp hạ châu, Atisô, Bìm bìm biếc), Nhuận gan lợi mật Ma (Bìm bìm, biển súc, actiso), Nhuận gan lợi mật Ka (actiso, rau đắng đất, bìm bìm biếc), Tiêu hóa Pha (Bạch mao căn, bạch thực, hoắc hương, cam thảo, thần khúc, mạch nha, đan sâm), Dạ dày Os (Bạch cập, Bối mẫu, Cam thảo, Diên hồ sách, Đại hoàng, Mai mực); Viên Mật Nghệ, Nghệ Mật ong.

HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH (ICD 10: K58 Hội chứng ruột kích thích)

Bệnh danh YHCT (ICD YHCT): **Tiết tả (U60.391)**
Tịen bí (U60.392)
Phúc thống (U60.393).

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại

- Đau bụng, trướng bụng, rối loạn chức năng đại tiện.
- Có ≥ 2 đặc điểm sau:
 - (1) Thay đổi số lần đại tiện.
 - (2) Thay đổi tính chất của phân (táo, nát, lỏng).
 - (3) Thay đổi tính chất đại tiện (mót rặn, đại tiện cảm giác không hết phân).
 - (4) Đại tiện phân nhầy, **không có máu**.

2. Y học cổ truyền

Thể bệnh	Triệu chứng
Can tỳ bất hòa	Đầy tức ngực sườn, ăn kém. Rối loạn tiêu hóa: mỗi khi tức giận hoặc hồi hộp lo lắng thì xuất hiện đau bụng, sôi bụng, đại tiện phân lỏng nát. Chất lưỡi hồng, rêu trắng mỏng. Mạch huyền.
Tỳ vị hư nhược	Đại tiện phân lỏng nát hoặc có khi phân sống, khi ăn các thức ăn nhiều dầu mỡ thì số lần đại tiện tăng kèm theo có chất nhầy. Người gầy, mệt mỏi, ăn kém. Lưỡi bệu, rêu trắng mỏng.
Tỳ thận dương hư	<i>Thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi hoặc có quá trình bệnh lâu ngày.</i> Đại tiện phân lỏng nát, thậm chí có khi đại tiện ra thức ăn chưa tiêu. Khi có triệu chứng sôi bụng là bệnh nhân muốn đại tiện, đại tiện xong thì dễ chịu. Đau bụng, gặp lạnh thì đau tăng, chườm ấm thấy dễ chịu, khi ăn thức ăn sống lạnh thì bệnh dễ xuất hiện. Chân tay lạnh. Đau lưng mỏi gối. Chất lưỡi nhạt, rêu trắng mỏng. Mạch trầm tế

II. ĐIỀU TRỊ

1. Không dùng thuốc

Điện châm, hồng ngoại, cứu, cấy chỉ, xoa bóp bấm huyệt) \pm kết hợp thuốc (thủy châm).

- **Phương huyết** (Gia giảm tùy theo chứng trạng bệnh nhân. Hư thì bổ, thực thì tả, hàn thì cứu hoặc chiếu đèn hồng ngoại):

+ **Can tỳ bất hòa:** Kỳ môn, Can du, Tỳ du, Túc tam lý, Nội quan.

+ **Tỳ vị hư nhược:** Tỳ du, Trung quản, Chương môn.

+ **Tỳ thận dương hư:** Quan nguyên, Khí hải, Quy lai, Thận du, Tỳ du, Túc tam lý

2. Dùng thuốc

2.1. Thuốc thang (theo Đối chứng lập phương hoặc Bài thuốc kinh điển gia giảm).

Thể bệnh	Pháp trị	Bài thuốc
Can tỳ bất hòa	Sơ can lý khí, kiện tỳ chỉ tả	Thông tả yếu phương.
Tỳ vị hư nhược	Kiến tỳ, dưỡng vị, ích khí chỉ tiết	Tứ quân tử thang, hoặc Sâm Linh Bạch Truật tán
Tỳ thận dương hư	Ôn bổ tỳ thận, cố sáp chỉ tả	Phụ tử lý trung thang hợp Tứ thân hoàn

2.2. Thuốc thành phẩm:

Đại tràng (Hoàng liên, Sa nhân, Mộc hương, Bạch linh, Đảng Sâm, Trần bì, Bạch truật, Cam thảo); Tiêu hóa Pha (Bạch mao căn, bạch thực, hoắc hương, cam thảo, thần khúc, mạch

nha, đan sâm); Chỉ thực tiêu bĩ; Bồ tỳ; Đại tràng (Kha tử, Cam thảo, Bạch truật, Bạch thược, Mộc hương, Hoàng liên); Viên đại tràng (Mộc hương, Ngô thù du, bạch thược); Đại tràng (Hoàng liên, Mộc hương, Ngô thù du); Viên đại tràng XQ (Trần bì, Đương quy, Mạch nha, Phục linh, Chỉ xác, Thanh bì, Bạch truật, Hậu phác, Bạch đậu khấu, Can khương, Mộc hương); Tràng Vị (ngưu nhĩ phong, La liêu)

VIÊM GAN MẠN
(ICD 10: B18 Viêm gan virus mạn)

Bệnh danh YHCT (ICD YHCT): **Hoàng đản (U50.101)**

Hiếp thống (U50.102)

I. CHẨN ĐOÁN

1. Y học hiện đại

Viêm gan mạn là tình trạng các tế bào gan bị tổn thương (viêm, hoại tử, hoặc xơ hóa) trên 6 tháng. Nguyên nhân:

- Do virus (virus viêm gan B, virus viêm gan C): phổ biến nhất.
- Không do virus: bia rượu, thuốc, viêm gan tự miễn...

Viêm gan mạn nếu được hỗ trợ và điều trị kịp thời có thể hồi phục. Chỉ một số trường hợp nặng mới dẫn đến xơ gan, suy gan, ung thư gan.

+ Lâm sàng: Triệu chứng thường gặp là: mệt mỏi, chán ăn, đau nhẹ vùng gan. Khi bệnh nặng mới có thể thấy gan to, vàng da, cổ trướng.

+ Cận lâm sàng: Kết quả xét nghiệm kéo dài trên 6 tháng:

(1) Chức năng gan: AST, ALT tăng cao.

(2) Nhiễm virus:

Virus B: HBsAg (+) và

- HBeAg(+), HBV-DNA (+).
- Hoặc HBeAg (-), HBV-DNA (+).

Virus C: Anti HCV (+), HCV-RNA (+).

Virus D: HBsAg (+), Anti HDV (+).

2. Y học cổ truyền

Thể bệnh	Triệu chứng
Can nhiệt tỳ thấp	<i>Vàng da kéo dài, gọi là âm hoàng.</i> Miệng đắng không muốn ăn, bụng đầy trướng, ngực sườn đầy tức, miệng khô nhọt, đau nóng ở vùng gan, da vàng xám. Tiểu tiện vàng. Lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng. Mạch huyền
Can uất tỳ hư, khí trệ	<i>Viêm gan mạn do virus.</i> Đau tức nặng vùng hạ sườn phải, ngực sườn đầy tức, miệng đắng, ăn kém, người mệt mỏi, đại tiện nát. Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch huyền.
Can âm bị thương tổn	Đầu choáng, hồi hộp, ngủ ít, hay mê, lòng bàn tay, bàn chân nóng, khát nước, miệng khô, họng khô, hay tức giận. Táo bón, nước tiểu vàng. Chất lưỡi đỏ. Mạch huyền sắc
Khí trệ huyết ứ	<i>Có hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.</i> Sắc mặt tối xám, môi thâm, lách to, người gầy, ăn kém, tuần hoàn bàng hệ ở bụng. Đại tiện táo hay nát, nước tiểu vàng ít. Chất lưỡi đỏ, tím hoặc có điểm ứ huyết, rêu lưỡi vàng dính. Mạch huyền sấp

II. ĐIỀU TRỊ

1. Không dùng thuốc

- Điện xung, hồng ngoại, cứu
- **Ít áp dụng châm cứu để chữa viêm gan mạn do virus.** Có thể dùng để chữa một số chứng trạng toàn thân, nhưng phải thực hiện triệt để chế độ diệt khuẩn trước và sau khi châm kim, để tránh lây lan viêm gan truyền nhiễm:

Phương huyết (*Gia giảm tùy theo chứng trạng bệnh nhân. Hư thì bổ, thực thì tả, hàn thì cứu hoặc chiếu đèn hồng ngoại*): Can du, Kỳ môn, Đờm du, Nhật nguyệt. Tỳ du, Chương môn, Vị du, Trung quản.

Gia thêm: + **Vàng da:** Chí dương.

+ **Đau vùng sườn:** Khâu khư, Chi câu.

+ **Chướng bụng:** Thiên khu, Tam âm giao

2. Dùng thuốc

2.1. Thuốc thang: (theo Đối chứng lập phương hoặc Bài thuốc kinh điển gia giảm).

Thể bệnh	Pháp trị	Bài thuốc
<i>Can nhiệt tỳ thấp</i>	Thanh nhiệt lợi thấp, thoái hoàng, kiện tỳ trừ thấp	Nhân trần ngũ linh tán, <i>hoặc</i> Hoàng cầm Hoạt thạch thang.
<i>Can uất tỳ hư, khí trệ</i>	Sơ can kiện tỳ, lý khí	Sài hồ sơ can thang, <i>hoặc</i> Sài Thục lục quân thang, <i>hoặc</i> Tiêu dao tán.
<i>Can âm bị thương tổn</i>	Bổ can âm	Nhất quán tiền
<i>Khí trệ huyết ứ</i>	Sơ can lý khí hoạt huyết	Đào Hồng tứ vật thang

2.2. Thuốc thành phẩm:

Actiso, Actisô, Ông uống Actisô, Nhuận gan lợi mật (Bìm bìm, Rau đắng đất, Diệp hạ châu), Nhuận gan lợi mật (Rau đắng đất, Diệp hạ châu, Atisô, Bìm bìm biếc), Nhuận gan lợi mật Ma (Bìm bìm, biển súc, actiso), Nhuận gan lợi mật Ka (actiso, rau đắng đất, bìm bìm biếc), Tiêu hóa Pha (Bạch mao căn, bạch thược, hoắc hương, cam thảo, thần khúc, mạch nha, đan sâm), Kenmag (diệp cá, rau má); Diệp hạ châu, Diệp hạ châu (diệp hạ châu, tam thất, kim ngân hoa, thảo quyết minh, cúc hoa, cam thảo); Bổ gan tiêu độc (diệp hạ châu, chua ngọt, cỏ nhọ nôi), VG-5, nhuận gan viêm gan (diệp hạ châu, nhân trần, cỏ nhọ nôi), Mát gan giải độc (Diệp hạ châu, Nhân trần, Nhọ nôi, Râu ngô, Kim ngân hoa, Nghệ), viên thanh huyết (Kim ngân hoa, bồ công anh, nhân trần, nghệ, thương nhĩ tử, sinh địa, cam thảo), Thanh nhiệt tiêu độc (nhân trần, bồ công anh, cúc hoa, kim ngân hoa, cam thảo, actiso); Thanh nhiệt tiêu độc (sài đất, kinh giới, thương nhĩ tử, phòng phong, đại hoàng, thổ phục linh, liên kiều, hoàng liên, kim ngân hoa, bạch chỉ, cam thảo), Viên Mật Nghệ, Nghệ Mật ong, Linh chi.

- **Thể Can uất tỳ hư, khí trệ:** Tiêu dao.

VẬT LÝ TRỊ LIỆU HÔ HẤP

I./ ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi cấp tính và mạn tính, ngoài vấn đề điều trị nội khoa, vấn đề quan trọng khác là phải điều trị VLTL. Điều trị VLTL trong bệnh phổi bao gồm 2 phần chính sau:

- 1) Sự thông đàm
- 2) Sự thông khí

Ngoài ra còn cần phải phục hồi sự gắng sức cho bệnh nhân.

Trong bệnh phổi, nhất là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, sự thông đàm và thông khí có quan hệ hỗ trợ với nhau. Nếu chỉ dùng thông đàm mà không thông khí kết quả đạt được sẽ không hoàn hảo.

Điều trị VLTL mang lại nhiều hiệu quả và lợi ích kinh tế, không tốn kém nhiều tiền của .

Điều trị VLTL hô hấp được dựa trên những hiểu biết về sinh lý học, sinh lý bệnh, cơ chế sinh bệnh, bệnh lý học, giải phẫu học của bộ máy hô hấp, tính chất lý hóa chất nhày phế quản..... Việc hiểu biết sâu về cơ chế bệnh sinh rất quan trọng cho người làm công tác điều trị VLTL, vì có thể tìm cách phá vỡ cơ chế bệnh sinh đó bằng những kỹ thuật thích hợp nhất. Cho nên người ta cho rằng điều trị vật lý trị liệu là cách điều trị theo cơ chế bệnh sinh. Do vậy nếu chỉ áp dụng kỹ thuật VLTL tốt mà không am hiểu cơ chế tường tận, dễ dẫn đến việc áp dụng các kỹ thuật VLTL vào bệnh lý một cách không phù hợp gây ra hậu quả xấu hơn, còn nếu am hiểu cơ chế bệnh tốt nhưng kỹ thuật VLTL không nắm vững, thì việc điều trị sẽ không có kết quả tốt.

II .MỤC ĐÍCH VLTL CHO BỆNH NHÂN HÔ HẤP

Tùy thuộc vào từng loại bệnh mà ta có mục đích và chương trình điều trị riêng cho từng dạng bệnh khác nhau. Tuy nhiên mục đích chung là:

- Duy trì và gia tăng chức năng hô hấp:
- Ngăn ngừa các biến chứng xẹp phổi, suy hô hấp, suy tim, biến dạng lồng ngực,
- Dự phòng những cơn bội nhiễm tái phát nhanh, liên tục có thể dẫn tới tử vong.
- Phục hồi sự gắng sức cho BN

III. CÁC KỸ THUẬT THÔNG ĐÀM VÀ THÔNG KHÍ

A KỸ THẬT THÔNG ĐÀM: Là giúp cho việc điều trị nội khoa được tốt hơn, giúp làm giảm số ngày nằm điều trị cho bệnh nhân, giúp dự phòng những cơn bội nhiễm tái phát nhanh và liên tục. Sau đây là một số kỹ thuật thông đàm thường được áp dụng:

1) RUNG:

Là một sự truyền tới thành lồng ngực một loạt các thủ thuật lay động trên thành lồng ngực với mục đích là thay đổi tính chất nhày dính – đàn hồi của chất tiết phế quản.

- Kỹ thuật: Được thực hiện lúc bắt đầu bệnh nhân thở ra. Bàn tay và ngón tay đặt trên lồng ngực BN trên khu vực có nhiều chất nhày phế quản gây tắc nghẽn phổi, và đặt thẳng góc trên lồng ngực, co cứng cơ đồng vận và đối vận của cánh tay, thực hiện sự rung.

- Hiệu quả lâm sàng là làm thay đổi tính chất vật lý của chất nhầy phế quản, làm giảm độ nhớt theo tính xúc biến chất nhầy.

Hiệu quả này sẽ đạt được nếu chúng ta rung đủ sức với tần số là 13Hz

Thực tế khó khăn để thực hiện đủ thời gian và tần số rung đạt được như vậy.

2) VỖ:

Bao gồm sự truyền âm tới thành lồng ngực bởi một loạt sóng âm ngắn mà mục đích là tạo ra sự rung chuyển có khả năng di động chất tiết phế quản

- Kỹ thuật: Bàn tay khum lại giống như cái muỗng, gập và duỗi cổ tay được thực hiện nhanh trên lồng ngực. Vỗ phải thực hiện qua một lớp chăn mỏng hoặc qua áo bệnh nhân.

Trên thực tế tần số lý tưởng để làm long chất nhầy sẽ là 25-35HZ, rất cao so với tần số của chúng ta tạo ra từ 1- 7 HZ

- Vỗ phải tránh vùng tim, cột sống.

3) DẪN LƯU TƯ THỂ:

Là 1 tư thế điều trị sử dụng trọng lực để tạo thuận sự chảy và đẩy chất tiết PQ về phía khí quản và miệng. DLTT dựa vào cấu trúc cây phế quản, dẫn lưu thùy nào hoặc phân thùy phổi nào phải dốc cây phế quản thẳng đứng. DLTT kém hiệu quả trong bệnh COPD.

* Chống chỉ định:

- Chấn thương đầu: dễ tăng áp lực nội sọ.
- Cao huyết áp: tạo sự hồi lưu tĩnh mạch gia tăng tạo sự quá tải cho tim
- Khái huyết nặng.
- Phình động mạch chủ: sẽ làm căng thêm động mạch chủ.
- Phù phổi: DLTT gây khó thở hơn.
- Tràn khí màng phổi nặng không có dẫn lưu màng phổi kín.
- Loạn nhịp tim
- Lỗ thoát vị: DLTT sẽ làm cho tình trạng thoát vị xấu hơn
- Phù mắt
- Phẫu thuật mắt

4) HO HUỐNG DẪN:

Là sự thở ra mạnh, tự nguyện và nhanh mà tạo thuận sự gia tăng và đẩy chất tiết phế quản.

- Kỹ thuật : Hít vào sâu, đóng thanh môn, tiếp theo mở thanh môn và đẩy nhanh luồng không khí ra ngoài.
- Hiện nay HHD vẫn là hữu hiệu và khi hướng dẫn ho phải tùy thuộc vào 1 số tính chất sau:
 - Đặc tính của khí.
 - Tính xúc biến của chất nhầy
 - Chất lượng cây phế quản.
 - Cơ học khí thở hoành ngực.

* **Chống chỉ định HHD:**

- Thoát vị bụng hoành: tăng thoát vị.
- Chấn thương ngực bụng sọ não: tăng xuất huyết, tăng áp lực nội sọ.
- Phẫu thuật khí quản, đặt ống nội khí quản.
- Tràn khí màng phổi không đặt ống dẫn lưu màng phổi kín: làm tăng tràn khí màng phổi

5) KỸ THUẬT THỞ RA MẠNH: FET (FORCE EXPIRATION TECHNIQUE hoặc HUFFING)

Là kỹ thuật tương tự như ho hướng dẫn nhưng khác HHD là thanh môn vẫn mở khi hít vào và thở ra và sử dụng áp suất thể tích phổi thông quá cao như ho . Kỹ thuật này có thể thay thế cho HHD nếu bệnh nhân thực hiện ho không đủ để tạo ra hiệu quả hoặc do bệnh nhân quá mệt.

6) KỸ THUẬT GIA TĂNG THÔNG LƯỢNG THỞ RA: AFE (AUGMENTATION DU FLUX EXPIRATOIRE)

Có 2 cách áp dụng: Chủ động và Thụ động.

- a) **AFE chủ động:** Là yêu cầu bệnh nhân thở ra tùy ý, mãnh liệt, mạnh với thanh môn mở với mục đích là làm giảm sự dính, tách và di chuyển chất tiết từ phế quản tới phế quản cao hơn.

Kỹ thuật: Bn hít vào chậm bằng mũi, và yêu cầu BN thở ra với miệng mở giống như “có hơi nước trong gương” hoặc như “sưởi ấm những ngón tay”. Kỹ thuật này không có chống chỉ định.

b) **AFE thụ động:**

Áp dụng cho trẻ con hay đối với bệnh nhân lớn tuổi không thể hợp tác cho AFE chủ động
Là gồm sự áp dụng bằng tay trên ngực và bụng của bệnh nhân, 1 ngoại lực tác động thở ra mạnh với mục đích gia tăng thời gian hoặc cường độ thở ra ngẫu nhiên.

- Kỹ thuật: +AFE nhanh : để bài xuất chất tiết khí quản và phế quản gần. AFE chậm với lưu lượng thấp và thể tích phổi thấp để bài xuất chất tiết ở tiểu phế quản.
- Chỉ định gần như cho tất cả bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. AFE thụ động tốt trên các dạng bệnh như:
 - Rối loạn vận động phế quản.
 - Nhuyễn phế quản như giãn phế quản.
 - Suy hô hấp nghiêm trọng.
 - Tim dị dạng.
 - Bệnh ho gà.
 - Xương sườn dòn.
- Chống chỉ định AFE thụ động:
 - Viêm tiểu PQ cấp tính.
 - Con hen cấp tính.
 - Bệnh lý giảm tiểu cầu.

Thận trọng: Dễ gây xương sườn ở trẻ suy dinh dưỡng, suy kiệt, lồng ngực quá căng. Gây tràn khí màng phổi. Nôn ói, giảm nhịp tim

B. KỸ THUẬT THÔNG KHÍ: Là giúp quá trình trao đổi khí tốt hơn ở phổi, chống lại sự xẹp phổi do đàm nhớt tích tụ lâu ngày trong phổi, gia tăng chức năng hô hấp và chống lại dày dính màng phổi.

1) MỤC ĐÍCH:

- Phục hồi cơ hoành đến vị trí và chức năng gần như bình thường.
- Giảm tần số hô hấp bằng cách dùng những mẫu thở để làm giảm ứ khí và cải thiện chu kỳ hô hấp.
- Giúp cơ hô hấp phụ bớt tham gia vào quá trình hô hấp.
- Giảm khó thở và làm dịu bớt sự lo âu của BN.
- Trợ giúp kéo giãn mô phổi, di động khoang lồng ngực.

2) NGUYÊN TẮC:

- Hít vào bằng mũi, giúp làm ấm, ẩm và lọc không khí.
- Thở ra bằng miệng, giúp làm giảm sự kháng cản đường dẫn khí, giảm công khi thở, giảm khoảng chết giải phẫu.

3) MỘT SỐ KỸ THUẬT CỦA THÔNG KHÍ:

a) THỞ MÍM MÔI: PLB (PURSE LIP BREATHING):

Được thực hiện bằng hít vào bằng mũi chậm trong vài giây với miệng đóng, rồi thở ra chậm trong 4- 6 giây xuyên qua môi mím như là đang huýt sáo. Kỹ thuật này dễ dàng dạy cho BN với bệnh COPD giúp cho BN như là bản năng của họ.

b) THỞ CƠ HOÀNH:

- BN được hướng dẫn thở cơ hoành trong các tư thế: Nằm ngửa, nằm nghiêng, nằm sấp, ngồi, đứng, đi..
- Để phục hồi lại sự di động phần di động phần phía sau cơ hoành cho bệnh nhân nằm ngửa gối gập lại và thở cơ hoành: Với vị thế này cơ hoành với điểm tựa ở sườn và dưới áp lực thủy tĩnh của bụng sẽ đẩy phần phía sau cơ hoành lên cao và như vậy phần phía sau cơ hoành sẽ di động tối đa;
- Và cũng với cơ chế lý luận như trên để phục hồi sự di động của nửa cơ hoành bên phổi nào thì cho nằm nghiêng với bên cần phục hồi sẽ nằm dưới .
- Để di động phần trước cơ hoành cho bệnh nhân thở cơ hoành ở thế nằm sấp.
- Để di động phần trung tâm cơ hoành cho BN thở cơ hoành trong vị thế đứng hoặc ngồi.

c) THỞ TỪNG THÙNG CỦA PHỔI:

❖ MỤC ĐÍCH:

- Cải thiện sự di động khoang lồng ngực và trợ giúp sự thông đàm.
- Bài tập thở sâu nhấn mạnh sự hít vào. Sự hít vào là chủ động và có thể phối hợp với sự giữ hơi thở trong 3 giây trước khi thở ra thụ động. Sự giữ hơi thở nhằm mục đích làm giảm sự xẹp của mô phổi.
- Kỹ thuật này không thích hợp cho những bệnh nhân quá khó thở.

❖ **KỸ THUẬT:** Lực ép được đặt thích hợp trên vùng cần điều trị của thành lồng ngực .Sử dụng sự kích thích tạo thuận thích hợp để đạt hiệu quả di động của vùng cần điều trị . Một hoạt động hít vào tiếp nối sau bởi sự thư giãn thở ra, BN phải cảm nhận được xương sườn hạ xuống, sự di động này không nên quá mức. Ở cuối thì thở ra , người điều trị áp dụng một lực ép vững chắc và xác định khu vực đó.

Có 4 thùy phổi quan trọng để tập theo kỹ thuật này: Thùy đỉnh, thùy đáy sau, thùy đáy từng bên, thùy đáy phổi 2 bên.

Thở từng thùy phổi có thể bằng tay KTV, bằng dây đai do bệnh nhân tự hiện.

d) **THÔNG KHÍ THEO TỈ LỆ PHÂN SỐ:**

- Bài tập thở ra hít vào theo tỉ lệ phân số là được nối tiếp của những giai đoạn thông khí chủ động với thời gian nín thở.

VD: Thở ra 2 giây- nín thở 2 giây- thở ra 2 giây –hít vào 3 giây.

- Loại bài tập này cho phép thay đổi thông khí trong thở ra hoặc trong hít vào.

e) **THÔNG KHÍ THEO NHỊP BƯỚC ĐI:**

Hướng dẫn BN thở theo nhịp bước đi (khi lên cầu thang hay leo dốc) và tùy tình trạng sức khỏe của BN có thể hít vào 2 bước thở ra 3 bước khi đi hoặc hít vào 2 bước thở ra 4 bước.

MỘT SỐ TƯ THẾ THƯ GIÃN CHO BỆNH NHÂN KHÓ THỞ:

➤ **MỤC ĐÍCH:**

- Để các cơ hô hấp phụ bớt hoạt động.
- Giảm năng lượng hoạt động thở.
- Giảm sự lo lắng gây ra bởi sự khó thở.
- Tạo cảm giác thoải mái nhẹ nhàng.

➤ **MỘT SỐ TƯ THẾ THƯ GIÃN:**

- Nằm ngửa theo thế fowler
- Nằm nghiêng gối cao chân co
- Ngồi đầu tựa gối trên bàn
- Đứng dựa tường.
- Đứng cúi đầu tựa gối

VẬT LÝ TRỊ LIỆU HÔ HẤP GIẢI QUYẾT Ứ ĐỘNG ĐÀM NHỚT

I./ĐẠI CƯƠNG

Vật lý trị liệu (VLTL) hô hấp là một phương pháp điều trị cần thiết trong trường hợp tắc nghẽn đường hô hấp do ứ đọng đàm nhớt, thường gặp trong các dạng bệnh nhiễm trùng đường hô hấp do nằm lâu, viêm hô hấp trên, viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phổi, xẹp phổi.

Phương pháp VLTL hô hấp là phương pháp điều trị hỗ trợ, cần sự phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ điều trị, điều dưỡng.

II./CHẨN ĐOÁN

- Việc chẩn đoán bệnh lý hô hấp: thuộc phạm vi của bác sĩ điều trị.
- Việc lượng giá của chuyên viên VLTL: nhằm xác định tình trạng tắc nghẽn do ứ đọng đàm nhớt và đánh giá tình trạng chung của bệnh nhân để có quyết định, chọn lựa kỹ thuật điều trị.

1. Hỏi bệnh:

- Sốt, ho, sổ mũi, nghẹt mũi.
- Ăn uống, giấc ngủ.
- Đã dùng thuốc bao nhiêu ngày? Có dùng kháng sinh, long đờm, hay thuốc dẫn phế quản?
- Có bệnh khác kèm theo: viêm tai, trào ngược dạ dày thực quản.

2. Khám lâm sàng:

- Tổng trạng, da niêm
- Dấu hiệu sinh tồn: nhịp thở, mạch, huyết áp, nhiệt độ. Quan trọng là nhịp thở và cách thở.
- Kiểm tra sự thông thoáng của đường hô hấp trên.
- Hình dáng sự di chuyển của lồng ngực.
- Dấu hiệu khó thở: thở nhanh, thở co lõm, phập phồng cánh mũi, tím tái
- Nghe âm thổi bệnh lý phổi.
- Số lượng và tính chất, màu sắc của đờm nhớt (có thể đánh giá trong quá trình thực hiện kỹ thuật).

3. Cận lâm sàng:

- Thường cần thiết tham khảo kết quả cận lâm sàng đối với bệnh nhân nội trú, bệnh nhân có xẹp phổi, bệnh nhân có thiếu máu kèm theo. X quang, xét nghiệm công thức máu: chú ý tiểu cầu, hemoglobin.

III./ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Thông đờm
- Thông khí

2. Điều trị vật lý trị liệu:

a. Viêm đường hô hấp trên:

- Kỹ thuật thông mũi họng làm loãng đàm nhớt ở vùng mũi họng với nước muối NaCl 0,9% (nhỏ mũi, xông mũi họng).

- Kích thích ho/khạc đờm bằng các thao tác, kỹ thuật.
- b. **Viêm phế quản, viêm phổi, viêm tiểu phế quản:**
- Điều trị hỗ trợ hô hấp: thông thoáng đường thở, hút đờm nhớt thường xuyên. Thông mũi họng làm loãng đờm nhớt bằng nước muối NaCl 0,9% hay phun khí dung NaCl 0,9% để làm loãng đờm nhớt (xông mũi họng) nếu có tắc nghẽn đường hô hấp trên và tình trạng bệnh nhân cho phép: trong trường hợp không có dùng các phương tiện hỗ trợ hô hấp. Sau đó chọn lựa thực hiện các kỹ thuật VLTL sau đây:
 - Kỹ thuật giảm thể tích tốc độ chậm.
 - Kỹ thuật tăng luồng thông khí thở ra (lưu ý không áp dụng kỹ thuật này cho bệnh nhân viêm tiểu phế quản)
 - Kích thích ho/khạc đờm hoặc hút đờm (hút đờm phối hợp với điều dưỡng).
- c. **Xẹp phổi:**
- Thông mũi họng nếu có tắc nghẽn đường hô hấp trên.
 - Tư thế thông đờm đặt từ 5-10 phút trước khi thực hiện các kỹ thuật tiếp theo.
 - Kỹ thuật giảm thể tích.
 - Kỹ thuật tăng luồng khí thở ra.
 - Kích thích ho/khạc đờm hoặc hút đờm.
- } Theo dõi sát BN không để kỹ thuật này làm xấu đi tình trạng BN đang bị xẹp phổi
- Chọn lựa cách tập thở tùy theo tình trạng bệnh nhân có hợp tác hay không hợp tác.
 - Tư thế thông khí duy trì 5-10 phút khi kết thúc buổi tập.

IV./CHỐNG CHỈ ĐỊNH VLTL HÔ HẤP

- Sốt cao >39°C
- Tất cả các trường hợp có ho ra máu, có cơn đau cấp, có tràn khí màng phổi chưa dẫn lưu, lao đang tiến triển.
- Bệnh nhân ở giai đoạn đầu phù não, xuất huyết não và có bất thường động tĩnh mạch não.
- Tình trạng huyết động học không ổn định:
 - Tiểu cầu < 70.000/mm³.
 - Hb < 10g/dL
 - SpO₂ < 85%.

V./NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý KHI THỰC HIỆN VLTL HÔ HẤP

- Thực hiện tốt nhất là sau bữa ăn từ 1-2 giờ. Thực hiện 1 hoặc 2 lần/ngày tùy theo tình trạng bệnh nhân ứ đọng đờm nhớt ít hay nhiều.
- Chia ra nhiều lần tập ngắn nếu tình trạng bệnh nhân chịu đựng toàn bộ buổi tập kém cũng như đối với trẻ sơ sinh non tháng.
- Thận trọng đối với bệnh nhân mất phản xạ ho hay phản xạ ho quá yếu vì nguy cơ nghẹt đờm nên cần phối hợp với điều dưỡng hút đờm nhanh chóng trong quá trình tập.
- Cần thận trọng trường hợp bệnh nhân có trào ngược dạ dày thực quản: tránh thao tác gây tăng áp lực ổ bụng.

- Nếu bệnh nhân đang thở oxy, nên tăng lượng oxy trong khi tập (giữ mức SpO₂ ≥ 90%) và trả lại mức cũ khi bệnh nhân trở về tình trạng ổn định như trước đó.
- Nếu bệnh nhân thở máy qua ống nội khí quản, nên phối hợp với điều dưỡng bóp bóng khi thực hiện VLTL hô hấp.
- Không dùng thuốc long đờm, loãng đờm trong thời gian áp dụng phương pháp VLTL hô hấp này.

VI./THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Bệnh nhân được điều trị VLTL liên tục mỗi ngày cho đến hết tình trạng tắc nghẽn do đờm nhớt. Lâm sàng bệnh nhân hết nghẹt mũi, ho, khò khè, đàm nhớt giảm dần, ăn và ngủ dễ hơn, phổi nghe không còn bệnh lý.
- Theo dõi dấu hiệu khó thở trong quá trình thực hiện kỹ thuật. Nếu bệnh nhân có khó thở tăng, tím tái hoặc SpO₂ giảm <85% không hồi phục thì thông báo ngay với bác sĩ và ngừng VLTL để kịp thời xử trí.
- Thông báo kịp thời với bác sĩ điều trị về kết quả VLTL cũng như cần những thông tin phản hồi từ phía bác sĩ trong quá trình điều trị và theo dõi bệnh nhân.

PHCN CHO TRẺ BỊ XƠ HÓA CƠ ỨC ĐÒN CHŨM

I. ĐẠI CƯƠNG

Xơ hóa cơ ức đòn chũm là tình trạng cơ ức đòn chũm bị xơ hóa một phần do tư thế bào thai hoặc tai biến khi sinh dẫn đến hạn chế tầm vận động của cột sống cổ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

- Hỏi bệnh:

- + Ngôi thai khi sinh: hay gặp ở trẻ sinh ngôi mông
- + Thời điểm phát hiện: 0 - 3 tháng tuổi
- + Khối u có to lên không: cảm giác to nhanh trong những tháng đầu.

- Khám lâm sàng:

- + Dấu hiệu sớm (Ngay sau sinh - 3 tháng tuổi):
 - Khối u ở cơ ức đòn chũm với các tính chất: phát hiện ngay sau sinh, cảm giác to nhanh trong tháng đầu, mật độ từ hơi chắc đến rất chắc; di động nhẹ theo cơ ức đòn chũm; không nóng, đỏ, đau.
 - Hạn chế tầm vận động cổ: thường phát hiện muộn hơn, sau khi trẻ xuất hiện khối u này khoảng 2-3 tháng, đầu trẻ nghiêng sang bên có khối xơ, hạn chế nghiêng sang bên lành và xoay hai bên
- + Dấu hiệu muộn: Sau 3 tháng tuổi, nếu không được điều trị hoặc điều trị không đúng kỹ thuật:
 - Có khối u như trên nhưng mật độ chắc hơn nhiều.
 - Vẹo cổ, đầu trẻ nghiêng sang bên có khối u, hạn chế vận động cột sống cổ (hạn chế nghiêng đầu sang bên lành và quay đầu sang hai bên).
 - Vẹo cột sống cổ, các đốt sống cổ bị biến dạng.
 - Lác mắt
 - Teo nửa mặt bên có khối xơ

- Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- + Chọc dò khối u:
 - Giai đoạn đầu: có hồng cầu (ít gặp)
 - Giai đoạn sau: Tế bào xơ
 - Không có bạch cầu đa nhân hoặc tế bào ác tính.
- + Siêu âm: Giai đoạn đầu: là dịch (xuất huyết), ít gặp. Giai đoạn sau: là tổ chức xơ.
- + Chụp Xquang cột sống cổ ngực: Có thể có hình ảnh vẹo cột sống ở trẻ được phát hiện muộn, bị co rút cơ ức đòn chũm có chỉ định phẫu thuật.

2. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào lâm sàng, kết quả siêu âm và chọc dò tế bào.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm hạch: Sốt, sưng, nóng, đỏ đau. Hạch không nằm trên cơ ức đòn chũm. Chọc hạch có bạch

cầu đa nhân.

- Khối u vùng cổ: Chọc dò khối u thấy trên tiêu bản có tế bào lành hoặc ác tính.
- Viêm cơ ức đòn chũm: Trẻ có sốt; khối viêm có xung, nóng, đỏ, đau; chọc dò có tế bào bạch cầu hoặc mủ.
- U máu: Chọc dò có hồng cầu
- Vẹo cổ do còi xương: Không có khối u trên cơ ức đòn chũm. Có các dấu hiệu còi xương rõ

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Can thiệp sớm ngay sau sinh hoặc ngay sau khi phát hiện thấy khối xơ.
- Hướng dẫn cho mẹ bệnh nhân tập tại nhà trong 3 tháng đầu
- Khám thường quy sau 1,2,3 tháng cho đến khi khỏi
- Điều trị tại khoa Phục hồi chức năng sau 3 tháng tuổi nếu kết quả kém

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

Mục tiêu

- Làm mềm khối xơ
- Duy trì tầm vận động của cột sống cổ
- Ngăn ngừa biến dạng thứ phát xảy ra ở sọ mặt và cột sống cổ

2.1. Vận động trị liệu

- Kỹ thuật di động mô mềm
- Tập kéo giãn
- Xoa bóp cục bộ bằng tay
- Vận động bằng tay (tập vận động thụ động)

Tư thế bệnh nhân:

+ Nằm nghiêng sang bên không có khối xơ để bộc lộ bên có khối xơ (trên đùi kỹ thuật viên, hoặc trên gối), đầu bệnh nhân thấp hơn vai.

+ Đầu, vai, hông thẳng hàng theo một trục ngang.

- Bài tập 1. Xoa bóp, day cơ ức đòn chũm.

+ Một tay KTV cố định khớp vai và hông từ phía sau (phía lưng).

+ Tay kia (phía trước, bên đầu trẻ) dùng 1 hoặc 2 ngón tay xoa day trên khối xơ theo chiều kim đồng hồ.

+ Thời gian: Mỗi lần 5-10 phút, mỗi ngày 6 đến 8 lần.



- Bài tập 2: Kéo giãn cơ ức đòn chũm
- + Một tay KTV cố định khớp vai, hông (từ phía sau), kéo nhẹ khớp vai về phía hông.
- + Tay kia (phía trước mặt) ngón cái tỳ vào góc hàm, các ngón khác đặt vào phần xương chũm, phần dưới bàn tay tỳ nhẹ vào đầu trẻ và kéo xuống từ từ, nhẹ nhàng.
- + Giữ khoảng 30 giây sau đó thả lỏng ra và làm lại như trên.
- + Thời gian: Mỗi lần từ 5-10 phút, mỗi ngày 6 đến 8 lần.



* Chú ý: Có thể xen kẽ bài tập 1 và 2.

- Bài tập 3: Đặt trẻ nằm nghiêng hai bên
- + Đặt nằm nghiêng hai bên bằng cách dùng gối dài kê ở phía sau lưng (qua vai, hông) để đảm bảo trẻ nằm nghiêng hoàn toàn (tránh nằm ngửa, nghiêng đầu).
- + Khi nằm nghiêng sang bên không có khối xơ thì không kê gối dưới đầu.
- + Khi nằm nghiêng sang bên có khối xơ thì kê gối tam giác dưới đầu.
- + Thay đổi tư thế nằm nghiêng sang từng bên (sau mỗi bữa ăn hoặc 2 giờ một lần).

*** Những điểm cần lưu ý khi thực hiện các kỹ thuật kể trên:**

- Ba bài tập nói trên được thực hiện cho đến khi trẻ khỏi hoàn toàn.
- Chỉ thực hiện khi khối u không có nóng, đỏ, đau.
- Kéo dẫn nhẹ nhàng, từ từ, không kéo dẫn tối đa đột ngột, ngay tức khắc.
- Không thực hiện kỹ thuật khi trẻ khóc, chống đối.
- Tập trước khi cho trẻ ăn.
- Theo dõi nếu thấy trẻ có dấu hiệu khó thở, tím tái thì ngừng tập ngay.

3. Điện trị liệu:

Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung) dòng Galvanic có tần số 100-1000Hz, Cường độ: 0,1-0,5 mA/1cm² điện cực

- Chỉ định: Trẻ > 3 tháng, đã thực hiện các bài tập vận động không có kết quả.
- Mục đích: Làm mềm khối xơ, tăng kiểm soát đầu cổ.
- Thời gian: Ngày một lần, mỗi lần 15-30 phút. Một đợt điều trị 15-20 lần.
- Thời gian: 15-20 phút/lần uống trước tập 30 phút.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Khám định kỳ 1 tháng/ lần cho đến khi khối u biến mất hoàn toàn.
- Trẻ điều trị tại nhà không tiến bộ cần điều trị tại Bệnh viện.
- Sau 12 tháng điều trị không kết quả gửi khám chuyên khoa chỉnh hình.

PHCN CHO TRẺ BÀN CHÂN KHOÈO BẨM SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Bàn chân khoèo bẩm sinh là một dị tật xảy ra trong thời kỳ bào thai dẫn đến tình trạng rối loạn vị trí khớp giữa xương gót-sên-ghe và xương gót-hộp; xương ghe bị kéo vào trong về phía mắt cá trong; khớp gót-hộp bị trật vào trong; phần đầu, cổ xương sên kéo vào trong; phần sau của xương gót bị kéo ra ngoài; xương gót xoay trong. Phần mô mềm và các cơ chày sau, gập ngón dài, dây chằng gót-mác, sên-mác, bao sau khớp cổ chân bị ngắn và co rút.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

- Hỏi bệnh

+ Những bất thường trong giai đoạn có thai của bà mẹ (ngôi thai, hình ảnh siêu âm của thai nhi...)

- Khám lâm sàng và lượng giá chức năng

+ Khép và nghiêng trong phần trước và phần giữa bàn chân. Đo góc nghiêng trong (Varus): góc tạo bởi trục xương chày và trục đi qua ngón II bằng thước đo tầm vận động của khớp.

+ Bàn chân ở tư thế thường (ở phần trước). Đo góc gập mặt lòng- nghiêng trong (Equynus): góc tạo bởi trục xương chày và trục song song mép ngoài ngón V bằng thước đo tầm vận động của khớp.

+ Mép ngoài bàn chân cong do khớp xương gót-hộp bị kéo vào trong.

+ Nếp lằn da sau gót bàn chân rõ.

+ Nếp lằn da phần giữa bàn chân rõ: ngắn cơ khép và gập ngón cái.

+ Khoảng giữa mắt cá trong và xương ghe không sờ thấy.

+ Ngắn ngón chân cái.

+ Teo cơ cẳng chân.

+ Dùng tay không thể gập mu, lòng bàn, nghiêng ngoài bàn chân để đưa bàn chân về vị trí trung gian.

+ Các dị tật khác kèm theo: trật khớp háng, cứng khớp gối, trật khớp xương bánh chè, cứng khớp khuỷu, bàn tay khoèo.

- **Chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng:** Phim Xquang thường quy

Phim	Bình thường	Bàn chân khoèo
Phim thẳng:		
1. Góc sên - gót	250 - 500	150 - 00
2. Góc sên - xương bàn ngón I	00 đến 100	< - 200
3. Góc sên - xương bàn ngón V	00	- 50 đến 200
Phim nghiêng:		
1. Góc sên - gót	250 - 500	< 200 đến 00

2. Góc chày - gót	400 đến 150	> 700
-------------------	-------------	-------

2. Chẩn đoán xác định: Dựa trên các dấu hiệu lâm sàng và Xquang

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Biến dạng bàn chân xoay ngoài bẩm sinh.
- Biến dạng bàn chân gấp mu bẩm sinh (thường gặp trong thoát vị tửy)
- Biến dạng bàn chân thuồng do tổn thương thần kinh trung ương.
- Bàn chân bẹt và bàn chân nghiêng ngoài ...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Nắn chỉnh dần dần biến dạng bàn chân (xoay và nghiêng trong bàn chân) về trung gian.
- Kéo giãn các cơ, dây chằng bị co rút.
- Duy trì bàn chân tư thế trung gian sau bó bột.

2. Các kỹ thuật phục hồi chức năng

- Kỹ thuật di động mô mềm
- Tập kéo giãn
- Xoa bóp cục bộ bằng tay
- Vận động bằng tay (tập vận động thụ động)

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Khi bó bột: nếu trẻ khóc, tím tái thì ngừng bó bột.
- Theo dõi sau bó bột tại nhà: Nếu các ngón chân sưng, tím, đau, cần tháo bột ngay tránh hoại tử.
- Theo dõi tai biến loét da do đè ép do bột hoặc do nẹp quá chặt hoặc có chỗ sắc cọ vào da trẻ
- Thời gian bó bột: 1 - 2 tuần/đợt, khoảng 4 - 6 đợt
- Đeo nẹp 1-3 năm tùy mức độ bệnh và kiểm tra để làm lại nẹp khi quan sát trẻ đi nẹp bị chật hoặc có vấn đề (loét, khó đi lại...). Nẹp thường cần được đánh giá và làm lại sau 3 - 6 tháng tùy từng trẻ. Trẻ càng nhỏ, càng cần được kiểm tra nhiều lần hơn.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRẬT KHỚP HÁNG BẨM SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

- **Định nghĩa:** Trật khớp háng bẩm sinh là tình trạng chỏm xương đùi của một hoặc cả hai bên khớp háng bị trật ra khỏi vị trí bình thường của khớp háng.

- Trật khớp háng có thể phát hiện ngay sau khi sinh hoặc một vài tuần sau sinh.

- **Vị trí trật khớp háng:** Trật khớp háng trước trên, trước dưới, sau trên, sau dưới, trung tâm. Nhưng thường gặp là vị trí sau trên và thường có kèm theo các dị tật bẩm sinh khác.

- **Phân loại trật khớp háng bẩm sinh:**

+ Theo thể loại:

• Trật khớp háng đơn thuần

• Trật khớp háng phối hợp với các dị tật bẩm sinh khác của hệ vận động như cứng khớp bẩm sinh, bàn chân khèo bẩm sinh, não úng thủy, gai đôi cột sống...

+ Theo mức độ:

• Khớp háng không ổn định: Chiếm tỷ lệ cao nhất (trên 60%), do gân, cơ và dây chằng.

• Bán trật khớp háng: Một phần chỏm xương đùi bị trật ra khỏi ổ chảo, thường không có biến dạng ở chỏm xương đùi, cổ xương đùi cũng như tại ổ chảo.

• Trật khớp háng hoàn toàn: chỏm xương đùi nằm hoàn toàn ngoài ổ chảo với các biến dạng của chỏm xương đùi và ổ chảo.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

- **Hỏi bệnh:**

- **Khám và lượng giá chức năng**

+ Hạn chế vận động khớp háng: ở tư thế gập và dạng khớp háng.

+ Chênh lệch chiều dài hai chân: bên bị trật khớp háng ngắn hơn bên đối diện, nhưng sẽ khó phát hiện khi trật khớp háng cả hai bên.

+ Nếp lằn mông, đùi, khoeo chân bên trật cao hơn bên lành.

+ Bàn chân đở ngoài khi trẻ nằm duỗi chân.

+ Dáng đi khập khiễng nếu trật khớp háng hai bên. Ổ khớp rộng.

+ Nghiệm pháp Barlow: Khi gập và khép háng chỏm xương đùi trượt ra ngoài ổ chảo tạo nên tiếng kêu "lục cục" (ở trẻ dưới 6 tháng tuổi).

+ Nghiệm pháp Ortolani: ngược lại với nghiệm pháp Barlow, khi dạng và duỗi khớp háng chỏm xương đùi trượt ra ngoài ổ chảo tạo nên tiếng kêu "lục cục" (ở trẻ dưới 6 tháng tuổi).

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

+ **Chụp khớp háng thẳng:**

• Chỏm xương đùi di chuyển lên trên và ra ngoài.

• Đường Hilgenreiner nằm ngang đi qua đáy ổ cối (Bình thường chỏm nằm dưới đường này).

• Đường Ombredanne đứng dọc, vuông góc với đường Hilgenreiner và đi qua điểm ngoài cùng của ổ cối (Bình thường chỏm nằm phía trong đường này).

- Trật khớp háng ở trẻ dưới 6 tháng tuổi (chỗ xương đùi chưa xuất hiện trên X-quang):
- Vòng cung cổ bịt bị gãy
- Đo chỉ số ổ cối (bình thường dưới 30 độ ở trẻ sơ sinh).
- Trật khớp háng ở trẻ trên 5 tuổi: có thể thấy góc cổ xương đùi lớn hơn 125 độ (Coxa Valga)

+ Siêu âm khớp háng

2. Chẩn đoán xác định: Dựa vào lâm sàng và Xquang

Tiêu chuẩn đánh giá trật khớp háng:

- Góc ổ cối > 90 độ (Bình thường=90 độ)
- Độ che phủ của ổ cối < 50% (Bình thường che phủ \geq 50% chỗ xương đùi)
- Vị trí của sụn viền: sụn viền bị đẩy lên trên và vào trong (Bình thường: Kẻ 1 đường ngang từ sụn viền, đường này sẽ đi qua sụn chữ Y)

3. Chẩn đoán nguyên nhân:

- Trẻ trật khớp háng bẩm sinh hoàn toàn dưới 36 tháng tuổi.
- Trẻ bán trật khớp háng, viêm chỗ xương đùi vô khuẩn..
- Sau phẫu thuật khớp háng, sau tiêm Botox trên trẻ bại não.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Can thiệp sớm ngay sau khi sinh bằng các biện pháp nẹp chỉnh hình, bó bột chỉnh hình
- Phẫu thuật: khi điều trị bằng nẹp chỉnh hình, bó bột không kết quả hoặc trẻ trên 18 tháng tuổi không còn khả năng điều trị bảo tồn.

* Mục tiêu:

- Nắn chỉnh chỗ xương đùi vào vị trí đúng trong ổ chảo.
- Duy trì chỗ xương đùi ở vị trí đúng trong ổ chảo ổn định trong khoảng thời gian tối thiểu 12 tuần nhằm kích thích hình thành trục đồng tâm giữa chỗ xương đùi và ổ chảo.
- Nắn chỉnh chống xoay trước của cổ và thân xương đùi: do có một tỉ lệ cao phối hợp giữa trật khớp háng và xoay trước của cổ và thân xương đùi

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

3.2. Các phương pháp thực hiện tại cộng đồng

- Xoa bóp cục bộ bằng tay, Vận động bằng tay (tập vận động thụ động)
- Giữ trẻ ở tư thế dạng rộng khớp háng và gập gối bằng cách:
- Đóng bím vệ sinh, Cồng hoặc địu trẻ, Đặt trẻ nằm sấp khi ngủ.

IV . THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Theo dõi tai biến
 - + Gây tỳ đè dẫn đến viêm hoặc loét da và tổ chức dưới da
 - + Tổn thương phần mềm như gân, cơ, dây chằng.
- + Teo cơ và giảm vận động do bất động lâu
- Theo dõi bệnh nhân thường quy: Khám thường quy, chụp khớp háng kiểm tra 3 tháng/lần trong 2 năm đầu.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BẠI NÃO THỂ CO CỨNG

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Bại não là tổn thương não không tiến triển gây nên bởi các yếu tố nguy cơ xảy ra ở giai đoạn trước sinh, trong khi sinh và sau sinh đến 5 tuổi. Bại não biểu hiện chủ yếu bằng các rối loạn về vận động, và có thể các rối loạn đi kèm khác về trí tuệ, giác quan và hành vi.

Bại não thể co cứng là một thể lâm sàng của bại não đặc trưng bởi tình trạng tăng trương lực cơ và các phản xạ bệnh lý.

2. Dịch tễ

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

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

Trong tổng số trẻ mắc bại não, thể co cứng chiếm khoảng 70%.

Giới tính: tỷ lệ trai/gái = 1,35/1

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

- **Hỏi bệnh:** Hỏi cha mẹ hoặc người chăm sóc về tiền sử mang thai, sinh đẻ của mẹ và bệnh tật sau sinh của trẻ.

- Khám và lượng giá chức năng

Lâm sàng bại não thể co cứng:

+ Tăng trương lực cơ ở các mức độ khác nhau, có thể khu trú ở nửa người, hai chân hoặc tứ chi.

+ Tăng phản xạ gân xương, xuất hiện các phản xạ bệnh lý (có thể có dấu hiệu Babinski, Hoffmann).

+ Tồn tại các phản xạ nguyên thủy mức độ tùy sống, thân não, não giữa, vỏ não sau sáu tháng tuổi.

+ Giảm vận động chủ động. Có các mẫu vận động bất thường như: mẫu gập ở tay, mẫu duỗi ở chân, vận động khối.

- Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:

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

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

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

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

+ Đo thị lực, thính lực

+ Các xét nghiệm khác: CK, LDH để loại trừ bệnh cơ; T₃, T₄, TSH để loại trừ suy giáp

2. Chẩn đoán xác định: Tiêu chuẩn chẩn đoán bại não theo thể co cứng

(1) Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh trung ương:

- Tăng trương lực cơ ở các chi bị tổn thương.

- Giảm khả năng vận động riêng biệt tại từng khớp

- Dấu hiệu tổn thương hệ thấp.
- Tăng phản xạ gân xương ở các chi bị tổn thương.
- Có các phản xạ nguyên thủy ở trẻ trên sáu tháng tuổi và phản xạ bệnh lý
- Có thể có rối loạn điều hòa cảm giác
- Có thể bị liệt các dây thần kinh sọ não
- Các dấu hiệu khác: rung giật bàn chân, co rút tại các khớp, cong vẹo cột sống, động kinh....

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

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bại não thể múa vờn
- Bại não thể thất điều
- Bại não thể phối hợp
- Các tổn thương não sau 5 tuổi

4. Chẩn đoán nguyên nhân

4.1. Trước khi sinh

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

4.2. Trong khi sinh

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

4.3. Sau khi sinh

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

4.4. Không rõ nguyên nhân

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Giảm trương lực cơ, tăng cường cơ lực ở một số nhóm cơ chính.
- Phá vỡ, ức chế các phản xạ nguyên thủy (đuối chéo, nâng đỡ hữu hiệu...)
- Tạo thuận các vận động chức năng và kích thích sự phát triển vận động thô theo các mốc: lẫy,

ngồi, bò, quỳ, đứng, đi.

- Tăng cường khả năng độc lập trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày như: ăn uống, đánh răng, rửa mặt, tắm, đi vệ sinh, mặc quần áo.
- Kích thích giao tiếp sớm và phát triển ngôn ngữ, tư duy.

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

- Kỹ thuật di động mô mềm
- Xoa bóp cục bộ bằng tay
- Vận động bằng tay
 - + Tập vận động thụ động)
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
- Tập vận động tự do tứ chi
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung)

IV. THEO DÕI TÁI KHÁM

Khám định kì theo giai đoạn phát triển của trẻ

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ BẠI NÃO THỂ MÚA VÒNG

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

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

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

2. Dịch tễ

Thể múa vờn chiếm tỷ lệ 10-15% trong tổng số trẻ bại não.

Giới tính: Bại não thể múa vờn gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái

Có một tỷ lệ lớn trẻ bại não thể múa vờn liên quan đến tình trạng đẻ non và vàng da tan máu kéo dài sau sinh gây ngộ độc Bilirubin ở các nhân não và các tổ chức thần kinh ngoại biên.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

- **Hỏi bệnh:** Các bất thường thời kỳ thai nghén của các bà mẹ, các bất thường trong và sau khi sinh, biểu hiện rối loạn vận động của trẻ, các biểu hiện bệnh lý khác...

- Khám và lượng giá chức năng

Lâm sàng bại não thể múa vờn

+ Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh trung ương:

- Trương lực cơ thay đổi liên tục (lúc tăng, lúc giảm) ở tứ chi
- Giảm khả năng vận động thô
- Phản xạ gân xương có thể tăng hoặc bình thường. Có các phản xạ nguyên thủy mức độ tùy sống, thân não, não giữa, vỏ não.
- Có các vận động không hữu ý: kiểm soát đầu cổ kém, mồm há liên tục, chảy nhiều dớt dãi, cử động múa vờn ngón chi (thường ở bàn tay và các ngón tay).
- Dấu hiệu tổn thương ngoại tháp: rung giật, múa vờn
- Dinh dưỡng cơ: không có teo cơ, ít co rút tại các khớp do trương lực cơ thay đổi
- Cảm giác: có thể rối loạn điều hòa cảm giác
- Thần kinh sọ não: có thể bị liệt
- Các dấu hiệu khác: động kinh, rối loạn nhai nuốt, trẻ có thể điếc ở tần số cao.

+ Chậm phát triển trí tuệ, rối loạn sự phát triển giao tiếp và ngôn ngữ ở các mức độ khác nhau. Có thể kèm theo động kinh và các dạng tật khác (rung giật nhãn cầu, lác, giảm thính lực...)

- Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:

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

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

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

- + Chụp X-quang: xác định dị tật cột sống, khớp háng, khớp gối, khớp cổ chân kèm theo.
- + Đo thị lực, thính lực
- + Các xét nghiệm khác: CK, LDH để loại trừ bệnh cơ; T₃, T₄, TSH để loại trừ suy giáp

2. Chẩn đoán xác định: Dựa vào lâm sàng là chủ yếu

3. Chẩn đoán phân biệt

- Phân biệt với bại não thể co cứng bởi tình trạng trương lực cơ lúc tăng lúc giảm.
- Phân biệt với bại não thể thất điều ở khả năng phối hợp vận động giữa các bộ phận của cơ thể và khả năng thăng bằng...

4. Chẩn đoán nguyên nhân: Các nguyên nhân trước khi sinh, trong khi sinh và sau khi sinh

4.1. Trước khi sinh

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

4.2. Trong khi sinh

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

4.3. Sau khi sinh

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

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

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

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

- Kỹ thuật di động mô mềm
- Xoa bóp cục bộ bằng tay
- Vận động bằng tay
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
- Tập vận động tự do tứ chi
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung)

IV. THEO DÕI TÁI KHÁM

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

Tái khám bắt buộc phải được tiến hành thường quy trong khoảng thời gian sau mỗi 2 đến 3 tháng. Nhất là đối với trẻ nhỏ dưới 3 tuổi, vì trong giai đoạn này trẻ tăng trưởng và phát triển liên tục với những mốc cơ bản về chức năng mà trẻ cần đạt được.

PHCN CHO TRẺ CHẬM PHÁT TRIỂN TINH THẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa: Chậm phát triển tinh thần (CPTTT) là một nhóm các rối loạn về sự phát triển tinh thần của trẻ (ảnh hưởng đến khả năng học các kỹ năng so với các trẻ khác cùng tuổi) do các nguyên nhân xảy ra trước khi sinh, trong khi sinh và sau khi sinh.

2. Phân loại: Trẻ CPTTT có thể bị từ loại nhẹ, trung bình, nặng và rất nặng

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

- **Hỏi bệnh:** Hỏi tiền sử mang thai của mẹ; Quá trình sinh trẻ; Tiền sử bệnh tật của trẻ sau sinh; Quá trình phát triển của trẻ.

- **Khám lâm sàng**

+ Khám toàn thân và hệ thần kinh

+ Đánh giá trực tiếp trẻ bằng các test Denver, ASQ

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

+ Cộng hưởng từ sọ não, chụp cắt lớp vi tính sọ não; Điện não đồ

+ Nhiễm sắc thể; Calci toàn phần và ion, T3, T4, TSH

+ Đo thính lực

2. Chẩn đoán xác định

2.1. Tiêu chuẩn lâm sàng chung của chậm phát triển tinh thần

- Khả năng đáp ứng chậm chạp hoặc không đáp ứng với điều người khác nói, với mọi việc diễn ra xung quanh.

- Khả năng diễn đạt không rõ ràng: Các suy nghĩ, tình cảm, nhu cầu bản thân.

- Khả năng tiếp thu chậm: Về ngôn ngữ lời nói và ngôn ngữ không lời.

- Khả năng hiểu chậm: Về những điều họ nghe, sờ, nhìn.

- Khả năng ra quyết định chậm kể cả việc đơn giản.

- Khả năng tập trung kém trong mọi hoạt động.

- Khả năng nhớ hạn chế: Trí nhớ ngắn hạn bị ảnh hưởng nhiều, trí nhớ dài hạn ít bị ảnh hưởng hơn.

- Kém điều hợp vận động toàn thân hoặc các vận động khác khó khăn (mút, nhai, ăn, sử dụng bàn tay).

- Chậm phát triển:

+ Vận động thô (lấy, ngồi, bò, đứng, đi).

+ Vận động tinh (sử dụng bàn tay)

- Rối loạn hành vi: đập phá, đập đầu vào vật...

- Khám thần kinh:

+ Trương lực cơ: bình thường hoặc giảm nhẹ toàn thân.

+ Tình trạng cơ: bình thường, không có liệt.

+ Phản xạ: Phản xạ gân xương bình thường hoặc giảm nhẹ.

Babinski: âm tính

Các phản xạ nguyên thủy âm tính.

+ Các dây thần kinh sọ não: ít khi bị ảnh hưởng

+ Các hội chứng: hội chứng tháp, ngoại tháp, tiểu não âm tính

2.2. Đánh giá chỉ số IQ: Trẻ CPTTT có chỉ số IQ < 70 %

2.3. Chẩn đoán các dạng CPTTT thường gặp

2.3.1. Hội chứng Down

* Định nghĩa: Là 1 bệnh gây nên bởi rối loạn nhiễm sắc thể (thừa NST 21) ở giai đoạn phân chia NST khi thụ thai.

Hay gặp ở mẹ trên 35 tuổi

* Dấu hiệu lâm sàng:

- Dấu hiệu sớm: ngay sau sinh trẻ mềm nhẽo, ít khóc, lưỡi hay thè ra ngoài. Khi hạ xuống đột ngột trẻ không có phản xạ bảo vệ

- Bộ mặt đặc biệt: Mắt xếch, mí mắt lộn lên đôi khi bị lác, tai thấp. Miệng trễ và luôn há, vòm miệng cao, hẹp. Trong lòng đen có nhiều chấm trắng nhỏ như cát và thường mất đi sau 12 tháng tuổi.

- Các dấu hiệu khác: Đầu nhỏ, ngắn, gáy phẳng, cổ ngắn, vai tròn.

Bàn tay ngắn, to, các ngón tay ngắn, ngón út thường khoèo. Có 1 đường vân sâu nằm ngang đường bàn tay. Đôi khi trẻ bình thường cũng có như vậy. Bàn chân phẳng, ngón chân chim, ngón chân cái toè. Khớp háng, cổ chân, khuỷu lỏng lẻo.

Cứ 3 trẻ có 1 trẻ mắc bệnh tim. Cứ 10 trẻ Down có 1 trẻ bị tổn thương đốt sống cổ gây nên tổn thương tủy sống và bị liệt.

* Xét nghiệm: Xét nghiệm nhiễm sắc thể: Có 3 nhiễm sắc thể 21

* Tiêu chuẩn chung của CPTTT: Trẻ có các tiêu chuẩn chung của chậm phát triển tinh thần

2.3.2. Bệnh suy giáp

* Định nghĩa: Là CPTTT do thiếu hormon phát triển tuyến giáp

* Tiêu chuẩn lâm sàng:

Dấu hiệu	Điểm
1. Phù niêm (Bộ mặt đặc biệt)	2
2. Da nổi vân tím.	1
3. Thoát vị rốn.	1
4. Thóp sau rộng > 0,5 cm.	1
5. Chậm lớn.	1
6. Chậm phát triển tinh thần vận động.	1
7. Táo bón > 3 ngày.	2
8. Vàng da sinh lý > 30 ngày.	1

9. Thai > 40 tuần.	1
10. Cân lúc đẻ > 3,5 kg	1
Tổng	12
Nghi ngờ suy giáp	> 4

* Xét nghiệm: Định lượng nồng độ hormon

- T3 giảm (Bình thường 1,2 - 2,7nmol/l)
- T4 giảm (Bình thường 64,4 - 148 nmol/l)
- TSH tăng (Bình thường 0,23 - 4 nmol/l)

* Tiêu chuẩn chung của CPTTT: Trẻ có các tiêu chuẩn chung của chậm phát triển tinh thần.

2.3.3. Động kinh

* Định nghĩa: Động kinh là tổn thương não mãn tính với nhiều nguyên nhân khác nhau, được đặc trưng bằng sự lặp đi lặp lại những phóng lực kích phát thành nhịp của tế bào não.

* Phân loại:

- Con cục bộ: Con cục bộ đơn thuần (Vận động, cảm giác); Con cục bộ phức tạp; Con cục bộ chuyển thành toàn bộ hóa.
- Con toàn thể: Con vắng ý thức điển hình, không điển hình; Con co cứng cơ; Con giật cơ; Con mất trương lực; Con cứng giật cơ.
- Con bổ sung: Động kinh liên tục; Trạng thái động kinh; Con không xếp loại.
- Hội chứng West: Con co thất, chậm phát triển tinh thần, ĐNĐ có rối loạn nhịp cao điện thế.

* Tiêu chuẩn chẩn đoán:

+ Tiêu chuẩn xác định cơn lâm sàng:

- Xuất hiện đột ngột.
- Con có tính chất định hình
- Con xảy ra ngắn chỉ vài giây đến vài phút.
- Rối loạn chức năng thần kinh trong cơn (trừ 1 số cơn cục bộ đơn giản)
- Hồi phục nhanh

+ Tiêu chuẩn xác định điện não: Điện não có hình ảnh các dạng phóng điện kích phát của động kinh.

+ Tiêu chuẩn chung của CPTTT: Trẻ có các tiêu chuẩn chung của chậm phát triển tinh thần.

2.3.4. Hội chứng Fragile X (Hội chứng nhiễm sắc thể X giòn, dễ gãy)

- Định nghĩa: Tật di truyền do nhiễm sắc thể X không bình thường.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh: Tai to, mặt dài thể hiện ở những mức độ nặng nhẹ khác nhau; Khó khăn về học ở các mức độ khác nhau; Lặp lại hành động
- Tiêu chuẩn chung của Chậm PTTT: Trẻ có các tiêu chuẩn chung của chậm phát triển tinh thần.

3. Chẩn đoán mức độ: theo ICD 10 của WHO

- Mức độ 1 (Nhẹ): IQ từ 55 - 70 %, giáo dục hòa nhập.
- Mức độ 2 (Trung bình): IQ từ 40 - 54 %, có thể hòa nhập.

- Mức độ 3 (Nặng): IQ từ 20 - 39 %, cần trợ giúp.
- Mức độ 4 (Rất nặng): IQ < 20%, cần chăm sóc đặc biệt.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Tự kỷ
- Tăng động giảm chú ý
- Khiếm thính

5. Chẩn đoán nguyên nhân

5.1. Trước khi sinh

- Mẹ bị nhiễm virus (rubella, cytomegalo virus, toxoplasma, herpes...), dùng thuốc (hóa chất, nội tiết tố), nhiễm độc (chì, thủy ngân, thạch tín...) chế độ ăn thiếu chất (Iod) trong thời kỳ mang thai
- Đột biến NST ở bào thai do nhiều nguyên nhân khác nhau.

5.2. Trong khi sinh: Đẻ non, ngạt, can thiệp sản khoa.

5.3. Sau khi sinh: Trẻ bị các bệnh như xuất huyết não-màng não, viêm màng não, viêm não, chấn thương.

5.4. Không rõ nguyên nhân.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: PHCN sớm, đều đặn, toàn diện, phối hợp với chương trình PHCN tại nhà và PHCN dựa vào cộng đồng.

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

- Xoa bóp cục bộ bằng tay
- Vận động bằng tay
 - + Tập vận động thụ động)
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
- Tập vận động tự do tứ chi
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung)

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Các chỉ số cần theo dõi: Sự tiến bộ về nhận thức, ngôn ngữ, hành vi
- Thời gian tái khám theo định kỳ 1 đến 2 tháng/lần

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẠO CỔ CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

Vẹo cổ cấp là một dạng đặc biệt của hội chứng cổ cục bộ, được xác định bởi sự bất thường của đầu không cân xứng so với vai do tăng trương lực cơ một bên cổ, gáy. Bệnh do nhiều nguyên nhân gây nên, thường sau một lao động nặng, mệt mỏi, căng thẳng, lạnh hay tư thế cột sống cổ sai lệch kéo dài. Hay gặp ở độ tuổi trẻ thường khởi phát đột ngột, có thể tự khỏi sau vài ngày nhưng rất dễ tái phát.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

Bệnh nhân xuất hiện đau có đột ngột không? mức độ đau như thế nào? đau tại chỗ hay đau lan lên đầu hoặc xuống vai? đau khi vận động, khi nghỉ ngơi... Có hạn chế vận động cột sống cổ, chóng mặt, có rối loạn giấc ngủ không?

1.2. Khám và lượng giá chức năng

Khám cột sống cổ: Hình dáng biến đổi, đầu bị lệch vẹo sang một bên ở tư thế chống đau cố định. Cơ cạnh cột sống cổ, cơ vùng vai co cứng, có điểm đau chói tại vùng cơ co cứng. Hạn chế vận động cột sống cổ nhiều. Test kéo giãn cột sống cổ thấy giảm đau.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

X Quang cột sống cổ thường quy các tư thế thẳng, nghiêng, chéch 3/4: Có giá trị loại trừ các nguyên nhân khác như sự bất thường về xương.

Chụp MRI khi muốn chẩn đoán phân biệt những bệnh lý thuộc tổ chức phần mềm hoặc những bệnh lý khác

2. Chẩn đoán phân biệt

- Thoái hóa đốt sống, cột sống cổ
- Chấn thương vùng cột sống cổ gây tổn thương xương và đĩa đệm
- Ung thư xương nguyên phát hoặc di căn..

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Giảm đau, giảm co rút cơ cứng cơ.
- Phục hồi tầm vận động cột sống cổ
- Phục hồi các hoạt động chức năng hàng ngày

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

- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)
- Điều trị bằng nhiệt nóng(chườm nóng)
- Điều trị bằng Parafin
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Siêu âm (điều trị bằng siêu âm)

- Sóng ngắn (điều trị bằng sóng ngắn)
- Quang châm (điều trị bằng laser công suất thấp)
- Kéo nắn cột sống các khớp: điều trị bằng máy kéo giãn cột sống, kéo nắn cột sống cổ, kỹ thuật kéo nắn trị liệu.
- **Xoa bóp bấm huyệt:** Có công dụng thúc đẩy khí huyết vận hành, điều hòa kinh mạch và công năng các tạng phủ rất có lợi cho sự phục hồi chức năng của chi có thể bị liệt.
- Xoa bóp bằng máy
- Xoa bóp cục bộ bằng tay

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Các chỉ số theo dõi: Tình trạng đau, vận động cột sống cổ, các bài tập vận động cột sống cổ, các hoạt động thực hiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHẨN THƯƠNG SỌ NÃO

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

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

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

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

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

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

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

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

1.2. Khám và lượng giá chức năng

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

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

- Đánh giá tình trạng khiếm khuyết chức năng:

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

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

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

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

+ Khám 12 đôi dây thần kinh sọ não

+ Khám phát hiện các rối loạn về ngôn ngữ

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

MASA (???)

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

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

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

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

2. Chẩn đoán xác định

- Cơ chế tổn thương não do chấn thương

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

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

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

3. Chẩn đoán phân biệt

- Tai biến mạch máu não

- U não

- Viêm não - màng não

- Xơ cứng rải rác

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Tai nạn giao thông

- Tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt

- Vết thương sọ não do hung khí.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

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

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

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

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

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

- Vật lý trị liệu hô hấp (tập các kiểu thở)

- Vật lý trị liệu phòng ngừa các biến chứng do bất động

- Tập do liệt thần kinh trung ương
- Tập với hệ thống ròng rọc
- Tập với dụng cụ: tập với thanh song song
- Tập với xe đạp tập
- Tập luyện với ghế tập cơ bốn đầu đùi (tập với ghế tập mạnh cơ tứ đầu đùi)
- Hoạt động trị liệu hoặc ngôn ngữ trị liệu
 - + Tập nằm đúng tư thế cho người bệnh liệt nửa người
 - + Kỹ thuật tập tay và bàn tay cho người bệnh liệt nửa người
 - + Kỹ thuật tập đứng và đi người bệnh liệt nửa người
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
 - + Tập vận động tự do tứ chi
- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)
- Điều trị bằng nhiệt nóng(chườm nóng)
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Siêu âm (điều trị bằng siêu âm)
- Sóng ngắn (điều trị bằng sóng ngắn)
- Quang châm (điều trị bằng laser công suất thấp)
- Xoa bóp bấm huyệt: Có công dụng thúc đẩy khí huyết vận hành, điều hòa kinh mạch và công năng các tạng phủ rất có lợi cho sự phục hồi chức năng của chi có thể bị liệt.
- Xoa bóp bằng máy
- Xoa bóp cục bộ bằng tay
- Xoa bóp toàn thân.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

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

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GỠY XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương đòn là mất sự toàn vẹn của xương đòn do chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp gây đau và hạn chế vận động.

II. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

Cố định tốt điểm gãy, không vận động khớp vai bên gãy giai đoạn cấp

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

- Điều trị bằng nhiệt lạnh (chườm lạnh): chườm lạnh sớm có thể làm giảm sưng nề trong 48 giờ đầu
- Vật lý trị liệu chỉnh hình
- Vận động bằng tay
- Tập do cứng khớp
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
- Kỹ thuật di động mô mềm
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)
- Điều trị bằng Parafin
- Xoa bóp bấm huyệt: Có công dụng thúc đẩy khí huyết vận hành, điều hòa kinh mạch và công năng các tạng phủ rất có lợi cho sự phục hồi chức năng của chi có thể bị liệt.
- Xoa bóp cục bộ bằng tay

III. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng...
- Phản ứng của người bệnh trong quá trình tập luyện: thái độ hợp tác, sự tiến bộ...
- Tình trạng chung toàn thân.
- Tái khám sau 3 tháng, 6 tháng, một năm hoặc khi có bất kỳ sự cố nào trong sinh hoạt

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM PHẾ QUẢN MẠN TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phế quản mạn là tình trạng tăng tiết dịch nhầy của niêm mạc phế quản gây ho và khạc đờm liên tục hoặc tái phát từng đợt (khoảng 3 tuần) ít nhất 3 tháng trong một năm và ít nhất 2 năm liền.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

Viêm phế quản mạn tính là bệnh của người lớn tuổi (trên dưới 50 tuổi); phần lớn là nam giới có nghiện thuốc lá, thuốc lào. Khó biết bệnh bắt đầu từ lúc nào. Khi bệnh đã rõ thì có những triệu chứng chính:

- Ho và khạc đờm: Thường vào buổi sáng như rửa phế quản, đờm có thể nhầy, trong, dính hoặc màu xanh, vàng đục như mù. Lượng đờm trong 24 giờ khoảng 200 ml, mỗi đợt ho và khạc đờm kéo dài khoảng 3 tuần nhất là những tháng mùa đông, đầu mùa thu.

- Đợt cấp thỉnh thoảng nặng lên, trong đợt cấp có những triệu chứng chính như: Ho, khạc đờm có mù, khó thở như hen, có thể có biểu hiện nhiễm khuẩn nhưng thường kín đáo.

1.2. Khám lâm sàng: Trong đợt cấp nghe phổi có ran rít, ran ngáy và ran ẩm, rì rào phế nang giảm.

1.3. Chỉ định xét nghiệm

- Xét nghiệm máu thường quy
- Xét nghiệm đờm
- Thăm dò chức năng hô hấp
- Chụp XQuang thường quy

2. Chẩn đoán xác định: Dựa vào

- Hỏi bệnh: Gặp ở nam giới có nghiện thuốc lá, thuốc lào, ho và khạc đờm thường về buổi sáng, từng đợt khoảng 3 tuần, mỗi năm 3 tháng và ít nhất 2 năm liền.

- Có từng đợt kịch phát.

- XQuang: Rón phổi 2 bên đậm

3. Chẩn đoán nguyên nhân

Thuốc lá, thuốc lào: hút nhiều điếu trong ngày, nhiều năm

Nghề nghiệp: Công nhân thợ mỏ than, mỏ đá...và những nghề tiếp xúc với nhiều bụi vô cơ và hữu cơ.

Các ổ nhiễm khuẩn đường hô hấp trên.

Phát hiện di truyền và cơ địa dị ứng.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Dẫn lưu tư thế, xoa bóp, vỗ rung lồng ngực, kháng sinh, vitamin nâng cao thể trạng, có triệu chứng suy hô hấp co thắt phế quản cho thở oxy, thuốc giãn phế quản.

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

- Vật lý trị liệu hô hấp (tập các kiểu thở)
- Tập luyện với ghế tập cơ bốn đầu đùi (tập với ghế tập mạnh cơ tứ đầu đùi)
- Phục hồi sự gắng sức
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
 - + Tập vận động tự do tứ chi
 - + Tập với xe đạp tập

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Các chỉ số cần theo dõi:
 - + Chỉ số sinh tồn: (M, T°, HA)
 - + Nhịp thở
 - + Theo dõi dịch đờm: Số lượng, màu sắc, mật độ.
- Thời gian khám lại

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT-COPD) là một bệnh có đặc điểm tắc nghẽn lưu lượng khí thở ra, không hồi phục hoặc chỉ hồi phục một phần, tiến triển, thường có tăng phản ứng đường thở, do viêm phế quản mạn tính và khí phế thũng gây ra. Có thể coi BPTNMT là một loại bệnh do biến chứng của viêm phế quản mạn tính, khí phế thũng và hen phế quản ở mức độ không hồi phục, là loại bệnh mạn tính nặng.

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một bệnh phổ biến trên thế giới. Ở Mỹ (1995) có khoảng 14 triệu người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với tỷ lệ dao động từ 4-6% ở nam và 1-3% ở nữ. Ở Châu Âu (2010) tỷ lệ của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính từ 23-41% ở những người nghiện thuốc lá, tỷ lệ nam/ nữ là 10/1. Tỷ lệ BPTNMT chung trong dân số thế giới (2010) khoảng 2-4%, trong đó ở nam giới trên 75 tuổi tỷ lệ này là 10%. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính gây tử vong đứng hàng thứ 5 trong các nguyên nhân gây tử vong trên thế giới.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh: Khai thác tiền sử hút thuốc lá hoặc thuốc lào của bệnh nhân, các dấu hiệu ho dai dẳng, tăng tiết đờm, khó thở nhất là khó thở khi gắng sức, có nhiều đợt nhiễm trùng hô hấp, các thuốc đã dùng.

1.2. Khám lâm sàng: Chủ yếu gặp 2 thể của BPTNMT:

- Thể thổi hồng (Typ PP Pink Puffer): khí phế thũng chiếm ưu thế, có đặc điểm: người gầy, khó thở là chủ yếu, ít ho khạc đờm, ít bị nhiễm khuẩn phế quản, tâm phế mạn xuất hiện muộn (thường bị ở giai đoạn cuối) phù không rõ, ngực hình thùng, rút lõm cơ ức đòn chũm, gõ vang, rì rào phế nang giảm.

- Thể xanh phì (Typ BB Blue bloater): viêm phế quản mạn tính chiếm ưu thế thường ở người béo bệu, tím tái, ho khạc đờm nhiều năm rồi mới khó thở, hay có nhiễm khuẩn phế quản, hay gặp những đợt suy hô hấp, tâm phế mạn xuất hiện sớm: phù mắt cá chân, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, hay kèm theo hội chứng ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ.

1.3. Chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng

- Xét nghiệm chức năng hô hấp: Đo phế dung có thể phát hiện BPTNMT trước khi có triệu chứng. Xét nghiệm này cũng được dùng để theo dõi tiến triển bệnh và hiệu quả điều trị.

- Chụp X quang tim phổi để phát hiện khí phế thũng cũng như loại trừ các bệnh khác ở phổi hoặc suy tim.

- Phân tích khí máu động mạch để đánh giá lượng oxy được phổi đưa vào máu và lượng khí cacbonic thải ra.

- XN đờm phân tích các tế bào giúp xác định nguyên nhân, loại trừ một số dạng ung thư phổi.

- CTscan có thể giúp phát hiện khí phế thũng và xác định những bệnh nhân có thể phẫu thuật

2. Chẩn đoán xác định

- Bệnh nhân trên 40 tuổi, thường là nam giới, tiền sử hút thuốc lâu năm.

- Ho, khạc đờm, khó thở trên 2 năm, đờm nhày, nặng hơn vào mùa lạnh

- Khó thở gắng sức khởi phát âm thầm, kèm rít, nặng ngực
- Tiền sử hay có đợt nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính.
- Xquang phổi: có thể có hội chứng phế quản, khí phế thũng.
- Đo thông khí phổi: tắc nghẽn lưu lượng thở không hồi phục ($FEV_1 < 80\%$ số lý thuyết, test hồi phục phế quản âm tính).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hen phế quản: khó thở từng cơn tái diễn, cơn khó thở tự khỏi hoặc hết sau khi dùng thuốc giãn phế quản, đo thông khí phổi có rối loạn tắc nghẽn hồi phục, test hồi phục phế quản (+).
- Tắc nghẽn đường thở trên, thoái hóa nhầy nhớt và viêm tiểu phế quản tận cùng, lao phổi, dẫn phế quản: ho, khạc đàm nhầy mù nhiều
- Suy tim trái, hẹp hai lá: ho, khó thở nhưng ít khạc đờm

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Khí phế thũng gây viêm, phá hủy thành phế nang và các sợi chun, khiến các tiểu phế quản bị xẹp xuống khi thở ra và làm giảm lượng khí lưu thông trong phổi.
- Viêm phế quản mạn tính gây viêm và chít hẹp phế quản và tiểu phế quản, tăng tiết đờm khiến phế quản bị bít tắc.
- Khói thuốc lá và các chất kích ứng khác: đa số trường hợp tổn thương phổi dẫn tới BPTNMT là do hút thuốc lá lâu ngày gây ra, nhưng nhiều chất kích ứng khác cũng có thể gây BPTNMT như ô nhiễm không khí và khói bụi nghề nghiệp.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

Mục tiêu của quản lý, điều trị và phục hồi chức năng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là ngăn ngừa sự tiến triển của bệnh, giảm tần suất các đợt bệnh cấp tính kịch phát, quản lý stress, cải thiện sức khỏe tổng quát, tăng cường khả năng tham gia các hoạt động thường nhật và tăng cường chất lượng cuộc sống

- Giáo dục bệnh nhân bao gồm theo dõi bỏ thuốc lá
- Ngăn ngừa và kiểm soát stress, tức giận
- Điều trị thuốc giãn phế quản
- Khuyến khích tập luyện thể chất, tập ho hiệu quả, thay đổi lối sống, tăng sức bền cơ thể
- Theo dõi chặt chẽ và quản lý chương trình điều trị.

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

- Vật lý trị liệu hô hấp (tập các kiểu thở)
- Tập luyện với ghế tập cơ bốn đầu đùi (tập với ghế tập mạnh cơ tứ đầu đùi)
- Phục hồi sự gắng sức
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
 - + Tập vận động tự do tứ chi
 - + Tập với xe đạp tập

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tái khám thường xuyên để theo dõi đều đặn chức năng phổi

- Ngăn chặn, quản lý các đợt viêm cấp kịch phát làm giảm chức năng phổi, cải thiện triệu chứng

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Khái niệm: bình thường trong khoang màng phổi có chứa vài ml dịch lỏng để hai lá thành và lá tạng trượt lên nhau dễ dàng. Trong trường hợp bệnh lý có tích đọng dịch trong khoang màng phổi gọi là tràn dịch màng phổi.

2. Cơ chế bệnh sinh gây tràn dịch màng phổi:

- Thay đổi tính thấm mao mạch.
- Thay đổi áp lực keo trong huyết tương.
- Thay đổi áp lực thủy tĩnh của mạch máu.
- Thay đổi sự lưu thông hệ bạch mạch.

Tùy theo cơ chế gây ra tràn dịch màng phổi dịch thấm hay dịch tiết

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

1.2. Khám lâm sàng

Tùy theo nguyên nhân gây tràn dịch mà có triệu chứng của bệnh lý đi kèm.

- Triệu chứng cơ năng

- + Đau ngực
- + Khó thở: tùy vào mức độ tràn dịch.
- + Ho: thường ho khan, ho khi thay đổi tư thế .

- Triệu chứng thực thể

- + Nhìn: lồng ngực bên tràn dịch nhô lên, khoang liên sườn giãn rộng.
- + Sờ: rung thanh giảm hoặc mất.
- + Gõ: đục.
- + Nghe: rì rào phế nang giảm hoặc mất.

1.3. Chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng

- Xquang: tràn dịch màng phổi tự do.
- + Tràn dịch màng phổi ít: tù góc sườn hoành.
- + Tràn dịch màng phổi trung bình: đường cong Damoiseau.
- + Tràn dịch màng phổi nhiều: mờ một bên phổi, đẩy tim và trung thất sang bên đối diện.
- Siêu âm: phát hiện tràn dịch màng phổi ít hoặc khu trú, vách hóa.
- Chụp cắt lớp vi tính: xác định chính xác vị trí dịch và các tổn thương đi kèm.
- Chọc dò màng phổi: có dịch, lấy dịch làm xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân.

2. Chẩn đoán xác định

- Hội chứng 3 giảm.
- XQ có hình ảnh tràn dịch màng phổi.

- Chọc dò khoang màng phổi có dịch.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm phổi.
- Viêm màng phổi dày dính.
- Xẹp phổi: XQ trung thất bị co kéo về bên xẹp.
- Áp xe dưới cơ hoành: cơ hoành bị đẩy lên cao.
- Vô sản phổi: bẩm sinh trong thời kỳ bào thai, một bên phổi không phát triển.

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Viêm mũ màng phổi.
- Tắc mạch phổi.
- Tràn máu màng phổi.
- Dịch thấm: suy tim, hội chứng thận hư, xơ gan, suy dinh dưỡng thường tràn dịch màng phổi 2 bên.
- Dịch tiết:
 - + Nhiễm trùng: do viêm phổi, do lao.
 - + Ung thư phổi: ung thư màng phổi nguyên phát, ung thư di căn màng phổi.
 - + Bệnh hệ tạo keo.
 - + Tràn dưỡng chấp màng phổi: tắc mạch bạch huyết trung thất.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Dựa vào sinh lý học, sinh lý bệnh và diễn biến của dịch tràn màng phổi mà từ đó thiết lập ra mục tiêu và chương trình điều trị

2. Các phương và kỹ thuật phục hồi chức năng

- Vật lý trị liệu hô hấp (tập các kiểu thở)
- Tập luyện với ghế tập cơ bốn đầu đùi (tập với ghế tập mạnh cơ tứ đầu đùi)
- Phục hồi sự gắng sức
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
 - + Tập vận động tự do tứ chi
 - + Tập với xe đạp tập

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Tùy theo nguyên nhân. Cần hướng dẫn người bệnh tập thở, tập vận động ở nhà để cải thiện chức năng hô hấp cũng như mức độ độc lập chức năng. Bệnh nhân cần được tái khám định kỳ để đánh giá lại chức năng hô hấp và thay đổi chương trình tập nếu cần thiết.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỔN THƯƠNG THẦN KINH QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Thần kinh quay là nhánh tận lớn nhất của đám rối thần kinh cánh tay, xuất phát từ bó sau, được hợp bởi các sợi thần kinh từ rễ C6, C7, C8 và có thể cả T1. Thần kinh quay chi phối vận động cho các cơ duỗi và ngửa ở cánh tay, cẳng tay và chi phối cảm giác cho mặt sau cánh tay, cẳng tay và nửa ngoài mu tay.

Trong số 3 thần kinh lớn ở chi trên là quay, trụ và giữa thì bệnh lý thần kinh quay do nguyên nhân chèn ép ít gặp hơn. Tuy nhiên, thần kinh quay thường bị tổn thương hơn trong những trường hợp chấn thương vùng cánh tay, đặc biệt là gãy xương.

Tùy theo vị trí và mức độ tổn thương mà lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp, bảo tồn hay phẫu thuật. Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng thần kinh quay bị tổn thương phụ thuộc rất nhiều vào phương pháp điều trị được lựa chọn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- + Lý do vào viện: rối loạn cảm giác? liệt? teo cơ?, ...
- + Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất triệu chứng, chẩn đoán và điều trị cũ, tiến triển của bệnh, tình trạng hiện tại
- + Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương, ...

1.2. Khám và lượng giá chức năng:

* Khám:

- Quan sát: + Dấu hiệu “bàn tay rũ cổ cò”
- + Tình trạng teo cơ, rung thớ cơ phía tay bên liệt so với bên lành trong giai đoạn muộn của bệnh.
- Khám vận động:
 - + Cơ lực: liệt hoặc yếu các nhóm cơ do thần kinh quay chi phối bao gồm các cơ duỗi khuỷu, ngửa cẳng tay, duỗi cổ tay và duỗi các ngón. Vị trí tổn thương thần kinh quay càng cao thì số cơ bị liệt càng nhiều.
 - + Trương lực cơ: giảm
- Khám cảm giác: mất hoặc giảm
- Khám phản xạ: mất hoặc giảm phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay và phản xạ trâm quay.

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

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:

- X-quang, MRI, Khảo sát chẩn đoán điện: điện cơ đồ (EMG)

2. Chẩn đoán xác định

- Liệt các nhóm cơ do thần kinh quay chi phối: duỗi khuỷu, ngửa cẳng tay, duỗi cổ tay, duỗi các ngón. Dấu hiệu “bàn tay rũ cổ cò”.
- Mất cảm giác mặt sau cánh tay, cẳng tay, mặt ngoài mu tay.
- Mất phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay, phản xạ trâm quay.
- Kết quả khảo sát chẩn đoán điện phù hợp với tổn thương thần kinh quay.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lý cột sống cổ gây chèn ép rễ C6, C7
- Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay
- Một số bệnh lý khác của não hoặc tủy sống có gây liệt chi trên. Ví dụ: tổn thương vỏ não hồi trước trung tâm, bệnh xơ cứng cột bên teo cơ,...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Tổn thương thần kinh quay nói riêng và thần kinh ngoại biên nói chung được chia thành 3 mức độ nặng khác nhau theo Seddon. Thái độ xử trí phụ thuộc nhiều vào mức độ tổn thương:
 - + Độ 1: Điều trị bảo tồn. Thường hồi phục hoàn toàn.
 - + Độ 2: Điều trị bảo tồn là lựa chọn ban đầu. Nếu không có dấu hiệu phục hồi thần kinh sau một thời gian điều trị thì nghĩ đến phẫu thuật thăm dò và điều trị. Thường bệnh nhân hồi phục không hoàn toàn.
 - + Độ 3: Phẫu thuật là bắt buộc. Thần kinh sẽ không hồi phục nếu không được phẫu thuật nối thần kinh. Quá trình phục hồi phụ thuộc nhiều vào phương pháp phẫu thuật và khả năng tái phân phối thần kinh sau phẫu thuật.

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

- Vật lý trị liệu chỉnh hình, Kỹ thuật di động mô mềm
- Vận động bằng tay
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
- Điều trị bằng siêu âm
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Xoa bóp bấm huyệt: Có công dụng thúc đẩy khí huyết vận hành, điều hòa kinh mạch và công năng các tạng phủ rất có lợi cho sự phục hồi chức năng của chi có thể bị liệt.
- Xoa bóp cục bộ bằng tay

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Trong quá trình điều trị, cần theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu tái chi phối thần kinh về vận động cũng như cảm giác để có thái độ xử trí thích hợp.
- Sau khi ra viện, bệnh nhân cần được tái khám định kỳ để đánh giá mức độ tái chi phối thần kinh, thay đổi chương trình tập luyện phục hồi chức năng theo từng giai đoạn, cũng như để phát hiện những tình trạng không mong muốn như co rút gân cơ, biến dạng chi.

I. ĐẠI CƯƠNG

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

Thần kinh giữa chi phối động tác gấp cổ tay và ngón tay, sấp cẳng tay và bàn, gấp, dạng và đối ngón cái. Về cảm giác, ở gan tay nó chi phối cho các ngón 1,2,3 và ½ ngoài ngón 4, ở mu tay chi phối cho đốt tận cùng của các ngón trên. Ngoài ra, thần kinh giữa là dây thần kinh hỗn hợp có nhiều sợi giao cảm nên khi bị tổn thương, bệnh nhân thường có cảm giác đau cháy ở bàn tay.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: rối loạn cảm giác? liệt? teo cơ?, ...
- Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất triệu chứng, chẩn đoán và điều trị cũ, tiến triển của bệnh, tình trạng hiện tại.
- Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương,...

1.2. Khám và lượng giá chức năng

* Khám lâm sàng:

- Quan sát:

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

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

- Khám vận động:

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

Các nghiệm pháp chẩn đoán hội chứng ống cổ tay:

• Nghiệm pháp Tinel

• Nghiệm pháp Phalen

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

* Lượng giá chức năng:

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

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

+ MRI

+ Khảo sát chẩn đoán điện: điện cơ đồ

2. Chẩn đoán xác định

- Dấu hiệu “bàn tay khi”, “bàn tay giăng đạo”
- Mất động tác gấp, dạng và đối ngón cái. Sấp cẳng tay và gấp cổ tay yếu nếu tổn thương cao.
- Mất cảm giác các ngón 1, 2, 3 và ½ ngoài ngón 4 ở gan tay và đốt tận cùng của các ngón trên ở mu tay.
- Nghiệm pháp Tinel và Phalen dương tính trong hội chứng ống cổ tay.
- Kết quả khảo sát chẩn đoán điện phù hợp với tổn thương thần kinh giữa.

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

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

- Vật lý trị liệu chỉnh hình
- Vận động bằng tay
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
- Kỹ thuật di động mô mềm
- Điều trị bằng siêu âm
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Xoa bóp bấm huyệt: Có công dụng thúc đẩy khí huyết vận hành, điều hòa kinh mạch và công năng các tạng phủ rất có lợi cho sự phục hồi chức năng của chi có thể bị liệt.
- Xoa bóp cục bộ bằng tay

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Trong quá trình điều trị, cần theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu tái chi phối thần kinh về vận động cũng như cảm giác để có thái độ xử trí thích hợp.
- Sau khi ra viện, bệnh nhân cần được tái khám định kỳ để đánh giá mức độ tái chi phối thần kinh, thay đổi chương trình tập luyện phục hồi chức năng theo từng giai đoạn, cũng như để phát hiện những tình trạng không mong muốn như co rút gân cơ, biến dạng chi.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỔN THƯƠNG THẦN KINH TRỤ

I. ĐẠI CƯƠNG

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

Thần kinh trụ chi phối vận động cho các cơ gấp cổ tay trụ, cơ gấp chung các ngón sâu, tất cả các cơ ô mô út, các cơ gian cốt mu tay và gian cốt gan tay, cơ giun 3-4 và cơ khép ngón cái. Về cảm giác, nó chi phối cho mặt lưng cổ tay, lưng bàn tay, cạnh trong bàn tay, ngón 5 và mặt trong ngón 4.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: rối loạn cảm giác? liệt? teo cơ?, ...
- Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất triệu chứng, chẩn đoán và điều trị cũ, tiến triển của bệnh, tình trạng hiện tại
- Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương,...

1.2. Khám và lượng giá chức năng

* Khám lâm sàng

- Quan sát:

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

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

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

Các nghiệm pháp:

- Yêu cầu bệnh nhân nắm bàn tay: ngón 4, 5 và một phần ngón 3 gấp không hết.
- Không gấp được đốt cuối ngón 5: bệnh nhân không gãi được ngón út trên mặt bàn trong khi gan bàn tay áp chặt xuống mặt bàn.
- Nghiệm pháp Froment: bệnh nhân kẹp tờ giấy giữa ngón cái và ngón trỏ, do liệt cơ khép ngón cái nên không thể kẹp tờ giấy bằng ngón cái duỗi thẳng mà phải gấp ngón cái ở khớp liên đốt để giữ tờ giấy lại.

+ Trương lực cơ: giảm

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

- Khám phản xạ: mất phản xạ trụ sấp.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

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

- MRI, Khảo sát chẩn đoán điện: điện cơ đồ

2. Chẩn đoán xác định

- Biến dạng “bàn tay vuốt trụ”

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

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

- Mất phản xạ trụ sấp

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

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

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

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

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

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

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

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

- Vật lý trị liệu chỉnh hình, Kỹ thuật di động mô mềm

- Vận động bằng tay
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở

- Điều trị bằng siêu âm

- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)

- Xoa bóp bấm huyệt: Có công dụng thúc đẩy khí huyết vận hành, điều hòa kinh mạch và công năng các tạng phủ rất có lợi cho sự phục hồi chức năng của chi có thể bị liệt.

- Xoa bóp cục bộ bằng tay

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu tái chi phối thần kinh về vận động cũng như cảm giác để có thái độ xử trí thích hợp.

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

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG XƠ HÓA CƠ DELTA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xơ hóa cơ Delta là tình trạng bệnh lý khi một phần hoặc toàn bộ cơ Delta bị xơ hóa gây ảnh hưởng đến chức năng vận động và thẩm mỹ khớp vai.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Tiền sử chấn thương hoặc viêm nhiễm vùng khớp vai
- Tiền sử tiêm kháng sinh hoặc các vaccin...
- Thời gian xuất hiện biến dạng và hạn chế vận động khớp vai...

1.2. Khám và lượng giá chức năng

Lâm sàng:

Trong xơ hóa cơ delta có các dấu hiệu nổi bật dễ nhận biết thông qua quan sát, khám đánh giá tầm vận động khớp, sờ nắn vùng khớp vai ...

Quan sát khớp vai:

- Quan sát từ phía trước: mỏm cùng - vai hạ thấp (vai xệ), đầu trên xương cánh tay nhô cao ra phía trước lên trên và vào trong (bán trật khớp vai). Rãnh delta- ngực bị xoá mờ, lồng ngực lép các xương sườn xuôi. Khuỷ tay dạng xa thân.
- Quan sát từ phía bên: mỏm cùng - vai hạ thấp, đầu trên xương cánh tay nhô ra trước rõ

Khám đánh giá tầm vận động:

Trong xơ hóa cơ delta hạn chế tầm vận động khớp vai thường gặp có các vận động sau:

- Vận động khép khớp vai
- Vận động khép ngang vai
- Vận động dạng khớp vai
- Vận động xoay trong ở tư thế gấp, duỗi và khép bị hạn chế nên bệnh nhân không chạm được các đầu ngón tay vào xương bả vai bên đối diện theo các mức độ khác nhau.

Sờ nắn vùng khớp vai:

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

- Siêu âm:

- Chụp X quang:

- Điện cơ đồ:

- Men cơ:

- Giải phẫu bệnh:

2. Chẩn đoán xác định

Các dấu hiệu lâm sàng: đánh giá tình trạng xơ hóa thông qua việc thăm khám để phát hiện dải xơ, quan sát các biến dạng và đánh giá tầm vận động.

Các dấu hiệu cận lâm sàng: dựa vào các xét nghiệm như X quang, siêu âm, men cơ, điện cơ đồ,

giải phẫu bệnh...

3. Chẩn đoán phân biệt

Có một số các bệnh thần kinh cơ và bệnh lý vùng khớp vai cần được chẩn đoán phân biệt:

- Bệnh loạn dưỡng cơ Duchenne.
- Bệnh loạn dưỡng cơ túy.
- Bệnh cứng đa khớp bẩm sinh.
- Xương bả vai cao bẩm sinh.
- Liệt đám rối thần kinh cánh tay.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Phục hồi và tăng cường tầm vận động khớp vai, khuỷu tay.
- Chống xơ hóa và teo cơ vùng khớp vai.

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

- Vật lý trị liệu chỉnh hình
- Vận động bằng tay
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
- Kỹ thuật di động mô mềm
- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)
- Điều trị bằng siêu âm
- Điều trị bằng sóng ngắn.
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Xoa bóp bấm huyệt: Có công dụng thúc đẩy khí huyết vận hành, điều hòa kinh mạch và công năng các tạng phủ rất có lợi cho sự phục hồi chức năng của chi có thể bị liệt.
- Xoa bóp cục bộ bằng tay

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Bệnh nhân xơ hóa cơ Delta sau can thiệp tập luyện phục hồi chức năng hoặc phẫu thuật chỉnh hình cần được theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng cho đến 36 tháng để đảm bảo tình trạng xơ hóa cơ, hạn chế tầm vận động và biến dạng khớp không bị tái phát

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GỠY TRÊN LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là loại gãy phổ biến nhất ở trẻ em sau ngã chống tay, đặc biệt là trẻ em trai và tay trái bị nhiều hơn.
- Phục hồi chức năng gãy trên lồi cầu xương cánh tay là áp dụng các phương pháp vật lý trị liệu, vận động trị liệu, thuốc để thúc đẩy quá trình liền xương, các chức năng vận động khớp khuỷu và phòng tránh các biến chứng (teo cơ, cứng khớp...). Nhìn chung tiên lượng cơ năng và phục hồi chức năng thường tốt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- + Tình huống xảy ra chấn thương?
- + Thời gian bị chấn thương đến thời điểm hiện tại?
- + Các biện pháp đã can thiệp, xử trí?
- + Hỏi bệnh nhân hiện tại có đau chói tại nơi gãy không?
- + Có đau, hạn chế vận động khớp khuỷu khi vận động không?

1.2. Khám lâm sàng

- + Cơ năng: đau và mất vận động hoàn toàn khuỷu tay ở tư thế gấp.

Khám, đánh giá cơ lực, tầm vận động khớp khuỷu và các tổn thương thần kinh (thần kinh giữa, thần kinh trụ), mạch máu nếu có.

- + Thực thể: vùng trên khuỷu sưng nề, có vết tụ máu nhiều hay ít tùy thuộc thời gian từ lúc gãy đến khi khám bệnh.
- + Toàn thân: Bệnh nhân tỉnh táo, không ảnh hưởng nhiều đến toàn thân.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Chụp X-quang khớp khuỷu tư thế thẳng và nghiêng để xác định và kiểm tra vị trí gãy và độ di lệch của xương.

- 2. **Chẩn đoán xác định:** Dựa vào X- quang chẩn đoán xác định

3. Chẩn đoán phân biệt

Tràn dịch khớp khuỷu sau chấn thương

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

- Tạo điều kiện tốt nhất cho tiến trình liền xương
- Giảm sưng nề, giảm đau, chống rối loạn tuần hoàn, chống kết dính khớp, ngừa hội chứng đau vùng (hội chứng rối loạn dinh dưỡng giao cảm phản xạ-hội chứng Sudeck).
- Duy trì tầm vận động khớp, ngừa teo cơ.

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

- Điều trị bằng nhiệt lạnh (chườm lạnh): bằng nước đá trên cơ co thắt 10 phút.

- Vật lý trị liệu chỉnh hình
- Vận động bằng tay
- Tập do cứng khớp
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
- Kỹ thuật di động mô mềm
- Tập kéo giãn
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)
- Điều trị bằng nhiệt nóng (chườm nóng)
- Xoa bóp bấm huyệt: Có công dụng thúc đẩy khí huyết vận hành, điều hòa kinh mạch và công năng các tạng phủ rất có lợi cho sự phục hồi chức năng của chi có thể bị liệt.
- Xoa bóp cục bộ bằng tay

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng...
- Tình trạng chung toàn thân.
- Theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM MŨM TRÊN LÒI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm mủm trên lòe cầu ngoài xương cánh tay còn đợc gọi là khuỷu tay của người chơi tennis với đặc trưng bởi triệu chứng đau tại vùng lòe cầu ngoài cánh tay. Tổn thương cơ bản là viêm chỗ bám của gân các cơ duỗi cổ tay hay ngón tay do hoạt động quá mức hoặc tình trạng căng giãn do các động tác đối kháng ở tư thế ngửa cổ tay, ngoài ra còn do lặp đi lặp lại hàng ngày trong thời gian dài các động tác xoay, vặn, đan lát...
- Bệnh hay gặp ở lứa tuổi từ 40 đến 50, có thể tự khỏi nếu nghỉ hoặc kéo dài từ vài tuần đến vài năm

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Đau vùng lòe cầu ngoài cánh tay, có thể lan xuống cẳng tay, mặt mu tay
- Đau khi làm một số động tác như duỗi cổ tay, lác, nâng một vật nặng, mở cửa...
- Giảm khả năng duỗi cổ tay và cầm nắm.

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Không có biểu hiện các triệu chứng toàn thân như sốt, thiếu máu, gầy sút
- Các động tác vận động khớp khuỷu bình thường
- Có thể thấy sưng nề nhẹ tại điểm trên lòe cầu ngoài xương cánh tay
- Ấn vào điểm trên lòe cầu ngoài xương cánh tay đau chói.
- Đau xuất hiện hoặc tăng lên khi làm các động tác đối kháng ở tư thế duỗi cổ tay và ngửa bàn tay

1.2. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm về viêm và sinh hóa bình thường
- X quang khớp khuỷu

2. Chẩn đoán phân biệt

- Thoái hóa khớp khuỷu: Biểu hiện rõ trên X quang.
- Viêm túi thanh dịch khuỷu tay
- Bệnh lý rễ cột sống cổ (C5 - C7) đau dọc từ vai xuống bàn tay, kèm theo rối loạn cảm giác, MRI thấy hình ảnh tổn thương

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Giảm đau.
- Phục hồi các hoạt động chức năng hàng ngày của khuỷu, cánh tay, bàn tay

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

- Điều trị bằng nhiệt lạnh (chườm lạnh)
- Vật lý trị liệu chỉnh hình

- Vận động bằng tay
- Tập do cứng khớp
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
- Kỹ thuật di động mô mềm
- Tập kéo giãn
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)
- Điều trị bằng nhiệt nóng (chườm nóng)
- Điều trị bằng siêu âm
- Điều trị bằng Parafin
- Xoa bóp bấm huyệt: Có công dụng thúc đẩy khí huyết vận hành, điều hòa kinh mạch và công năng các tạng phủ rất có lợi cho sự phục hồi chức năng của chi có thể bị liệt.
- Xoa bóp cục bộ bằng tay

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Các chỉ số theo dõi: Tình trạng đau, các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày người bệnh.
- Tái khám 1 tháng/lần sau đợt điều trị đau cấp, sau đó 3 tháng/lần

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM MỎM TRÊN LÒI CẦU TRONG XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm mỏm trên lồi cầu trong xương cánh tay còn được gọi là khuỷu tay của người chơi golf (golfer's elbow) đặc trưng bởi triệu chứng đau tại vùng lồi cầu trong cánh tay. Tổn thương cơ bản là viêm chỗ bám của các cơ gấp cổ tay, ngửa cẳng tay do hoạt động quá mức, ngoài ra còn do các động tác lặp đi lặp lại hàng ngày trong thời gian dài gây nhưng tổn thương vi cấu trúc tại điểm bám gân.
- Bệnh hay gặp ở lứa tuổi từ 40 đến 50, có thể kéo dài từ vài tuần đến vài năm. Bệnh có thể tự khỏi nếu nghỉ ngơi, một số tái phát sau 6 tháng

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Đau vùng lồi cầu trong cánh tay, có thể lan xuống cẳng tay và mặt trong mu tay
- Đau khi làm một số động tác như sấp cổ tay, lác, nâng một vật nặng, mở cửa..
- Giảm khả năng sấp cẳng tay

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Không có biểu hiện các triệu chứng toàn thân như sốt, thiếu máu, gầy sút
- Các động tác vận động khớp khuỷu bình thường
- Có thể thấy sưng nề nhẹ tại điểm trên lồi cầu trong xương cánh tay
- Ấn vào điểm trên lồi cầu trong xương cánh tay đau chói.
- Đau xuất hiện hoặc tăng lên khi làm các động tác đối kháng ở tư thế gấp cổ tay và sấp bàn tay

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Các xét nghiệm về viêm và XQuang khớp khuỷu và sinh hóa bình thường

2. Chẩn đoán phân biệt

- Thoái hóa khớp khuỷu: Biểu hiện rõ trên XQuang.
- Viêm túi thanh dịch khuỷu tay
- Bệnh lý rễ cột sống cổ (C5 - C7) đau dọc từ vai xuống bàn tay, kèm theo rối loạn cảm giác, MRI thấy hình ảnh tổn thương

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Giảm đau.
- Phục hồi các hoạt động chức năng hàng ngày của khuỷu, cánh tay, bàn tay

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

- Điều trị bằng nhiệt lạnh (chườm lạnh)
- Vật lý trị liệu chỉnh hình
- Vận động bằng tay
- Tập do cứng khớp

- + Tập vận động thụ động
- + Tập vận động có trợ giúp
- + Tập vận động chủ động
- + Tập vận động có kháng trở
- Kỹ thuật di động mô mềm
- Tập kéo giãn
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)
- Điều trị bằng nhiệt nóng (chườm nóng)
- Điều trị bằng siêu âm
- Điều trị bằng Parafin
- Xoa bóp bấm huyệt: Có công dụng thúc đẩy khí huyết vận hành, điều hòa kinh mạch và công năng các tạng phủ rất có lợi cho sự phục hồi chức năng của chi có thể bị liệt.
- Xoa bóp cục bộ bằng tay

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Các chỉ số theo dõi: Tình trạng đau, các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày người bệnh.
- Tái khám 1 tháng/lần sau đợt điều trị đau cấp, sau đó 3 tháng/lần

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy thân xương cánh tay được tính từ cổ giải phẫu, trên chỗ bám của cơ ngực to đến vùng trên lồi cầu nơi xương bắt đầu bè rộng.
- Đa số điều trị không mổ, tỷ lệ liền xương cao, ít biến chứng hơn so với mổ kết hợp xương.
- Gãy thân xương cánh tay dù can xương lệch cũng ít ảnh hưởng đến chức năng tay bên gãy vì nhờ có khớp vai và khớp khuỷu bù trừ.
- Thần kinh quay nằm ở rãnh xoắn sát xương nên dễ bị liệt khi gãy đoạn giữa.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Thời gian bị chấn thương gây gãy thân xương cánh tay
- Nguyên nhân gây gãy thân xương cánh tay do các nguyên nhân trực tiếp như ngã đè lên, vật cứng đánh vào cánh tay, tai nạn ô tô hay do các nguyên nhân gián tiếp như ngã chống tay duỗi...
- Bệnh nhân đã được điều trị bảo tồn bằng bột, nẹp hay phẫu thuật kết hợp xương.
- Thời gian bệnh nhân được tháo bỏ bột hay dụng cụ kết hợp xương.
- Vận động và cảm giác của khớp vai, cánh tay, cẳng tay, bàn tay

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Khám lực cơ vùng khớp vai, cánh tay, cẳng tay, bàn tay
- Đo tầm vận động khớp vai, khớp khuỷu, cổ tay.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Chụp Xquang cánh tay bên tổn thương

2. Chẩn đoán xác định

- Bệnh nhân có tiền sử chấn thương
- Bệnh nhân đang được điều trị bảo tồn bất động bằng bột hay nẹp
- Bệnh nhân đang được điều trị phẫu thuật kết hợp xương
- Bệnh nhân bị hạn chế tầm vận động
- Bệnh nhân có thể có teo cơ, yếu cơ vùng cánh cẳng, bàn tay.
- Chụp phim Xquang có hình ảnh tổn thương cũ xương cánh tay

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Giai đoạn bất động

- Cải thiện tuần hoàn
- Chống teo cơ do bất động

Giai đoạn sau bất động

- Cải thiện tuần hoàn
- Duy trì tầm hoạt động các khớp tự do

- Duy trì lực cơ ở các khớp tự do (cổ, bàn tay, ngón tay)
- Chống teo cơ
- Ngừa cứng khớp
- Gia tăng tầm vận động khớp giới hạn

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

- Vật lý trị liệu chỉnh hình
- Vận động bằng tay
- Tập do cứng khớp
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
- Kỹ thuật di động mô mềm
- Tập kéo giãn
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)
- Điều trị bằng nhiệt nóng (chườm nóng)
- Xoa bóp bấm huyệt: Có công dụng thúc đẩy khí huyết vận hành, điều hòa kinh mạch và công năng các tạng phủ rất có lợi cho sự phục hồi chức năng của chi có thể bị liệt.
- Xoa bóp cục bộ bằng tay

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Bệnh nhân cần được theo dõi tình trạng đau, teo cơ, yếu cơ hoặc sự hạn chế tầm vận động của khớp vai, khớp khuỷu, khớp cổ tay.

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

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÂY HẠI XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xương cẳng tay có chức năng quan trọng là sắp ngửa cẳng tay. Chức năng này rất cần thiết cho nhiều động tác sinh hoạt, lao động chính xác hằng ngày.
- Phục hồi chức năng cẳng tay bị gãy bằng các biện pháp vận động trị liệu, vật lý trị liệu và thuốc để làm nhanh quá trình liền xương, cải thiện tầm vận động khớp khuỷu, khớp cổ tay. Phòng tránh các biến chứng teo cơ, cứng khớp khuỷu, khớp cổ tay,...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- + Tình huống xảy ra chấn thương?
- + Thời gian bị chấn thương đến thời điểm hiện tại?
- + Các biện pháp đã can thiệp, xử trí?
- + Hỏi bệnh nhân hiện tại có đau chói tại nơi gãy không?
- + Có đau, hạn chế vận động khớp khuỷu, khớp cổ tay khi vận động không?

1.2. Khám lâm sàng

- + Cơ năng: Đau tăng lên khi làm động tác sắp ngửa
- + Thực thể: Cẳng tay sưng, chỗ gãy gồ lên gập góc. Sờ nắn vào chỗ gãy đau chói hoặc có tiếng lạo sạo xương. Có thể có tổn thương thần kinh và mạch máu.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Chụp X-quang cẳng tay tư thế thẳng và nghiêng để xác định và kiểm tra vị trí gãy và độ di lệch của xương.

2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào X-quang chẩn đoán xác định.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

- Tạo điều kiện tốt nhất cho tiến trình liền xương
- Giảm sưng nề, giảm đau, chống rối loạn tuần hoàn, chống kết dính khớp, ngừa hội chứng đau vùng (hội chứng rối loạn dinh dưỡng giao cảm phản xạ-hội chứng Sudeck).
- Duy trì tầm vận động khớp, ngừa teo cơ.
- Phục hồi chức năng các hoạt động tinh tế bàn tay sau bất động

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

- Vật lý trị liệu chỉnh hình
- Vận động bằng tay
- Tập do cứng khớp
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp

- + Tập vận động chủ động
- + Tập vận động có kháng trở
- Kỹ thuật di động mô mềm
- Tập kéo giãn
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)
- Điều trị bằng nhiệt nóng (chườm nóng)
- Xoa bóp bấm huyệt: Có công dụng thúc đẩy khí huyết vận hành, điều hòa kinh mạch và công năng các tạng phủ rất có lợi cho sự phục hồi chức năng của chi có thể bị liệt.
- Xoa bóp cục bộ bằng tay

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng...
- Phản ứng của người bệnh trong quá trình tập luyện: thái độ hợp tác, sự tiến bộ...
- Tình trạng chung toàn thân.
- Theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRẬT KHỚP KHUYỬU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trật khớp khuỷu hay gặp, đứng hàng thứ 3 sau trật khớp vai và trật khớp ngón tay.
- Trật khớp khuỷu chiếm 20-25% tổng số trật khớp. Đây là loại trật phổ biến nhất ở trẻ em trên 5 tuổi.
- Ở người trẻ dưới 20 tuổi trật khớp hay gặp 7 lần nhiều hơn trật khớp vai.
- Ở trật khớp trẻ em trật khớp khuỷu chiếm 68%, khớp vai chiếm 2%. Trật khớp khuỷu chiếm 28% tổn thương khuỷu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Thời gian bị chấn thương gây ra trật khớp khuỷu
- Nguyên nhân gây ra trật khớp khuỷu
- Bệnh nhân đã được điều trị bảo tồn bằng bột sau khi bị trật khớp mới hay sau phẫu thuật trật khớp cũ.
- Thời gian bệnh nhân được tháo bỏ bột hay dụng cụ kết hợp xương
- Vận động và cảm giác của khớp vai, cánh tay, cẳng tay, bàn tay

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Khám tình trạng sưng nề, biến dạng và rối loạn dinh dưỡng tại khớp, cơ vùng khớp vai, cánh tay, cẳng tay, bàn tay
- Đo tâm vận động khớp vai, khớp khuỷu, cổ tay.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng: Chụp Xquang vùng khớp khuỷu bên tổn thương

2. Chẩn đoán xác định

- Bệnh nhân có tiền sử chấn thương vùng khớp khuỷu
- Bệnh nhân đang được điều trị bảo tồn bất động bằng vùng khớp khuỷu
- Bệnh nhân đang được điều trị phẫu thuật kết hợp xương
- Bệnh nhân bị hạn chế tầm vận động
- Bệnh nhân có thể có teo cơ, yếu cơ vùng cánh cẳng, bàn tay.
- Chụp phim Xquang có hình ảnh tổn thương cũ xương cánh tay

3. Chẩn đoán phân biệt

- Trật khớp khuỷu có kèm theo gãy mỏm trên lồi cầu trong: Mảnh gãy hay bị kẹt vào khớp.
- Trật khớp khuỷu có kèm theo gãy mỏm vẹt
- Trật khớp khuỷu có kèm theo gãy chỏm xương quay

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Giảm đau
- Phục hồi tâm vận động của khớp

- Phòng ngừa cứng khớp, biến dạng...
- Chống teo cơ và loạn dưỡng tại khớp.

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

- Điều trị bằng nhiệt lạnh (chườm lạnh)
- Vật lý trị liệu chỉnh hình
- Vận động bằng tay
- Tập do cứng khớp
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
- Kỹ thuật di động mô mềm
- Tập kéo giãn
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Xoa bóp bấm huyệt: Có công dụng thúc đẩy khí huyết vận hành, điều hòa kinh mạch và công năng các tạng phủ rất có lợi cho sự phục hồi chức năng của chi có thể bị liệt.
- Xoa bóp cục bộ bằng tay

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Bệnh nhân cần được theo dõi tình trạng đau, teo cơ, yếu cơ hoặc sự hạn chế tầm vận động của khớp vai, khớp khuỷu, khớp cổ tay.
- Hẹn tái khám khi bệnh nhân đau lại hoặc đau tăng lên.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY MỠM KHUYỮ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Mỏm khuỷu ở đầu trên xương trụ, to chồi ra dưới da, dễ bị chấn thương trực tiếp.
- Ở phía trước cùng với mỏm vẹt, mỏm khuỷu tạo nên hố xích ma to, khớp với rỗng rọc xương cánh tay. Khớp rỗng rọc chỉ cho phép vận động gấp duỗi khuỷu.
- Mọi gãy mỏm khuỷu đều là gãy nội khớp. Điểm cốt hóa của mỏm khuỷu xuất hiện vào 10 tuổi và dính liền vào đầu trên xương trụ vào 16 tuổi.
- Ở phía sau, thần kinh trụ đi qua sau mỏm trên rỗng rọc và đi ra trước ở cẳng tay, đi giữa hai bó của cơ gấp cổ tay trụ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- + Thời gian bị chấn thương gây ra gãy mỏm khuỷu
- + Nguyên nhân gây ra gãy mỏm khuỷu
- + Bệnh nhân đã được điều trị bảo tồn bằng bột sau khi bị trật khớp mới hay sau phẫu thuật trật khớp cũ.
- + Thời gian bệnh nhân được tháo bỏ bột hay dụng cụ kết hợp xương
- + Vận động và cảm giác của khớp vai, cánh tay, cẳng tay, bàn tay

1.2. Khám và lượng giá chức năng

Khám tình trạng sưng nề, biến dạng và rối loạn dinh dưỡng tại khớp, lực cơ vùng khớp vai, cánh tay, cẳng tay, bàn tay

Đo tầm vận động khớp vai, khớp khuỷu, cổ tay

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Chụp Xquang khớp khuỷu bên tổn thương

2. Chẩn đoán xác định

- Bệnh nhân có tiền sử chấn thương vùng khớp khuỷu
- Bệnh nhân đang được điều trị bảo tồn bất động bằng vùng khớp khuỷu
- Bệnh nhân đang được điều trị phẫu thuật kết hợp xương
- Bệnh nhân bị hạn chế tầm vận động
- Bệnh nhân có thể có teo cơ, yếu cơ vùng cánh cẳng, bàn tay.
- Chụp phim Xquang có hình ảnh tổn thương cũ xương cánh tay

3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Do lực trực tiếp: Thường khớp khuỷu bị gãy vụn nhiều mảnh do ngã chống khuỷu hay do lực đánh trực tiếp lên khuỷu.
- Do lực gián tiếp: Khi ngã chống lên bàn tay duỗi và khuỷu gấp. Cơ tam đầu co mạnh làm mỏm khuỷu gãy ngang hay gãy chéo.
- Phối hợp lực trực tiếp và gián tiếp: Cơ co mạnh cộng với lực đánh trực tiếp làm mỏm khuỷu bị

gãy nhiều mảnh di lệch. Lực mạnh còn gây gãy và trật khớp.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Giai đoạn bất động

- Cải thiện tuần hoàn
- Chống teo cơ do bất động

Giai đoạn sau bất động

- Cải thiện tuần hoàn
- Phục hồi tầm vận động của khớp
- Duy trì vận động ở các khớp tự do
- Phòng ngừa teo cơ, loạn dưỡng, cứng khớp.

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

- Điều trị bằng nhiệt lạnh (chườm lạnh)
- Vật lý trị liệu chỉnh hình
- Vận động bằng tay
- Tập do cứng khớp
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
- Kỹ thuật di động mô mềm
- Tập kéo giãn
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Xoa bóp bấm huyệt: Có công dụng thúc đẩy khí huyết vận hành, điều hòa kinh mạch và công năng các tạng phủ rất có lợi cho sự phục hồi chức năng của chi có thể bị liệt.
- Xoa bóp cục bộ bằng tay

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Bệnh nhân cần được theo dõi tình trạng đau, teo cơ, yếu cơ hoặc sự hạn chế tầm vận động của khớp vai, khớp khuỷu, khớp cổ tay.
- Hẹn tái khám khi bệnh nhân đau lại hoặc đau tăng lên.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đầu dưới xương quay thường xảy ra do ngã chống tay với bàn tay duỗi quá mức, đây là nguyên nhân hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 75 % - 85 %. Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, bị đánh, ngã cao... là những nguyên nhân thường gặp còn lại của gãy đầu dưới xương quay (15 - 25%). Theo một thống kê, lứa tuổi từ 50 trở lên bị gãy đầu dưới xương quay chiếm tỷ lệ 34% trên tổng số gãy của các lứa tuổi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Tuổi, nghề nghiệp, ngày chấn thương, loại chấn thương (tai nạn lao động hay giao thông, té ngã...).
- Xử trí của bác sĩ (bó bột hay phẫu thuật cố định trong, ngoài).
- Thời gian tháo bột: tháo bột ra bao lâu sau mới tới khoa PHCN. Thông thường những người già phục hồi chậm hơn, bệnh nhân có thể bị hội chứng teo cơ giao cảm phản xạ trong khi bó bột (hội chứng Sudeck).
- Đau xuất hiện vùng khớp cổ tay, đau tăng lên nhiều khi vận động. Bệnh nhân có thể giảm hay mất khả năng vận động vùng cổ tay

1.2. Khám lâm sàng

- Sưng nề: đo chu vi vùng cổ tay cả hai bên để so sánh.
- Kiểm tra tư thế cổ tay. Lưu ý xem có lồi củ xương trụ tách xa so với lồi củ xương quay không, xem có cổ tay nghiêng trụ bất thường không, xem có lồi củ xương trụ cao hơn so với bên lành không.
- Đo tầm vận động chủ động cả hai cổ tay và tầm vận động thụ động bên tổn thương. Ghi chú nếu có giới hạn tầm vận động do đau hay do cố định xương.
- Sờ vào vùng đau
- Các ngón tay cứng: đo chu vi các ngón tay ở các khớp và so sánh với bên lành. So sánh tầm vận động tất cả các ngón tay.
- Khám cảm giác nóng lạnh, cảm giác khô, ướt của các ngón và so sánh với bên lành.
- Biến dạng khi xương gãy có di lệch

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:

Khi chẩn đoán cần chụp phim Xquang để xác định tổn thương giúp cho điều trị.

2. Chẩn đoán xác định

Tiền sử chấn thương, đau sưng nề vùng cổ bàn tay, biến dạng lệch trục khớp cổ tay, mất hay giảm khả năng vận động cổ tay.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Gãy đầu dưới xương trụ
- Trật khớp quay trụ dưới

- Trật khớp cổ tay với đầu dưới xương quay

III. ĐIỀU TRỊ VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

- Vật lý trị liệu chỉnh hình

- Vận động bằng tay

- Tập do cứng khớp

+ Tập vận động thụ động

+ Tập vận động có trợ giúp

+ Tập vận động chủ động

+ Tập vận động có kháng trở

- Kỹ thuật di động mô mềm

- Tập kéo giãn

- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)

- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)

- Điều trị bằng nhiệt nóng (chườm nóng)

- Điều trị bằng Parafin

- Xoa bóp bấm huyệt: Có công dụng thúc đẩy khí huyết vận hành, điều hòa kinh mạch và công năng các tạng phủ rất có lợi cho sự phục hồi chức năng của chi có thể bị liệt.

- Xoa bóp cục bộ bằng tay

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Tái khám sau mỗi 2-3 tuần bao gồm khám tầm vận động khớp, chu vi cổ tay, đau, sức cơ. Bệnh nhân có thể xuất viện khi đạt được 60% sức cơ và 60% tầm vận động khớp so với bên lành.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy cổ xương đùi là những loại gãy mà đường gãy ở giữa chỏm và đường liên mấu chuyể.
- Gãy cổ xương đùi hay gặp ở người già do ngã đập mông va chạm vùng mấu chuyể lớn hoặc vùng xương chậu. Tiên lượng xấu vì gây nhiều biến chứng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Tình huống xảy ra chấn thương?
- Thời gian bị chấn thương đến thời điểm hiện tại?
- Các biện pháp đã can thiệp, xử trí?
- Hỏi bệnh nhân hiện tại có đau chói tại nơi gãy không?
- Có đau, hạn chế vận động khớp háng, khớp gối khi vận động không?

1.2. Khám lâm sàng

- Cơ năng: Đau vùng khớp háng khi hoạt động gắng sức. Giảm cơ năng hoàn toàn, bệnh nhân không nhấc chân lên được khỏi mặt giường.
- Thực thể: Nhìn: chân bên gãy ngắn hơn chân lành, chân xoay ngoài bàn chân hơi dạng. Có thể có bầm tím vùng mấu chuyể. Sờ nắn: mấu chuyể to bị kéo lên trên. Có điểm đau chói phía trong của bó mạch thần kinh đùi chung.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Chụp XQuang khớp háng 2 bên tư thế thẳng và chéo 3/4 bên cổ xương đùi

2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào phim XQuang chẩn đoán xác định.

3. Chẩn đoán phân biệt

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Gãy xương do sang chấn
- Gãy xương do các bệnh lý về xương: loãng xương, giòn xương, u xương, tiểu đường, lạm dụng điều trị các bệnh bằng corticoid...

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

- Giảm đau, giảm phù nề
- Chống huyết khối tĩnh mạch
- Khôi phục lại tầm vận động khớp háng
- Gia tăng sức mạnh các nhóm cơ khớp háng, khung chậu, cơ mông
- Khôi phục lại dáng đi.
- Lấy lại hoạt động bình thường cho bệnh nhân

2. Phương pháp phục hồi chức năng:

- Vật lý trị liệu hô hấp (tập các kiểu thở)
- Vật lý trị liệu phòng ngừa các biến chứng do bất động
- Vật lý trị liệu chỉnh hình
- Vận động bằng tay
- Tập do cứng khớp
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
- Trượt khớp (kỹ thuật di động khớp)
- Kỹ thuật di động mô mềm
- Tập kéo giãn
- Tập với xe đạp tập
- Tập luyện với ghế tập cơ bốn đầu đùi (tập với ghế tập mạnh cơ tứ đầu đùi)
- Tập với dụng cụ: tập với thanh song song
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)
- Điều trị bằng Parafin
- Xoa bóp bấm huyệt: Có công dụng thúc đẩy khí huyết vận hành, điều hòa kinh mạch và công năng các tạng phủ rất có lợi cho sự phục hồi chức năng của chi có thể bị liệt.
- Xoa bóp cục bộ bằng tay

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng...
- Theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy thân xương đùi là sự gián đoạn cấu trúc toàn vẹn của xương đùi do chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp gây đau và hạn chế vận động khớp háng, khớp gối.
- Phục hồi chức năng gãy xương đùi là áp dụng các phương pháp vật lý trị liệu, vận động trị liệu, thuốc để thúc đẩy quá trình liền xương, các chức năng vận động khớp háng, khớp gối và phòng ngừa các biến chứng (teo cơ, cứng khớp...)

II. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

- Cố định tốt điểm gãy trong giai đoạn bất động
- Giảm đau, giảm phù nề
- Chống huyết khối tĩnh mạch
- Khôi phục lại tầm vận động khớp háng và khớp gối
- Gia tăng sức mạnh các nhóm cơ khung chậu, vùng đùi
- Khôi phục lại dáng đi .
- Phục hồi lại hoạt động bình thường cho bệnh nhân

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

2.1. Trường hợp trong khung kéo (4 tuần)

- Mục đích: Ngăn ngừa các biến chứng phổi do nằm lâu, gia tăng tuần hoàn, duy trì lực cơ chi gãy
- Phương pháp phục hồi chức năng:
- Vật lý trị liệu hô hấp (tập các kiểu thở)
- Vật lý trị liệu phòng ngừa các biến chứng do bất động
- Vật lý trị liệu chỉnh hình
- Vận động bằng tay
- Tập do cứng khớp
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
- Trượt khớp (kỹ thuật di động khớp)
- Kỹ thuật di động mô mềm
- Tập kéo giãn
- Tập với xe đạp tập
- Tập luyện với ghế tập cơ bốn đầu đùi (tập với ghế tập mạnh cơ tứ đầu đùi)
- Tập với dụng cụ: tập với thanh song song
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)

- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)
- Điều trị bằng Parafin
- Xoa bóp bấm huyệt: Có công dụng thúc đẩy khí huyết vận hành, điều hòa kinh mạch và công năng các tạng phủ rất có lợi cho sự phục hồi chức năng của chi có thể bị liệt.
- Xoa bóp cục bộ bằng tay

III. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng...
- Phản ứng của người bệnh trong quá trình tập luyện: thái độ hợp tác, sự tiến bộ...
- Thể trạng chung toàn thân
- Theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

PHCN SAU PHẪU THUẬT TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp gối là một khớp lớn của cơ thể, được giữ vững nhờ hệ thống các dây chằng, bao khớp, sụn chêm và các cơ bao bọc xung quanh nó. Dây chằng chéo trước có vai trò quan trọng cho việc giữ cho xương chày không bị trượt ra trước so với xương đùi khi khớp gối vận động.
- Đứt dây chằng chéo trước là một thương tổn thường gặp mà nguyên nhân chủ yếu do các chấn thương thể thao, tai nạn giao thông, tai nạn lao động hay tai nạn sinh hoạt. Khi dây chằng chéo trước bị đứt, xương chày bị trượt ra trước so với xương đùi, khớp gối bị mất vững, người bệnh đi lại khó khăn. Tình trạng lỏng khớp kéo dài có thể dẫn đến các thương tổn thứ phát như rách sụn chêm, giãn dây chằng bao khớp, thoái hóa khớp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

Bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước bao nhiêu ngày.

1.2. Khám và lượng giá chức năng

Nếu sau mổ ngày thứ 2 trở đi, hướng dẫn bệnh nhân tập luyện theo liệu trình phục hồi chức năng.

Sau khi bệnh nhân hết thời gian nằm điều trị tại khoa phẫu thuật: Đánh giá độ sưng nề khớp, biên độ vận động khớp, cơ lực chân phẫu thuật để đưa ra bài tập phục hồi chức năng cho phù hợp.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng: Chỉ chụp lại MRI khớp gối khi có chấn thương khớp gối lại hoặc có dấu hiệu lỏng khớp rõ.

2. Chẩn đoán xác định: Dựa vào cách thức phẫu thuật.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước cho phép người bệnh tập PHCN sớm sau phẫu thuật, khớp gối nhanh chóng lấy lại được biên độ vận động như trước phẫu thuật, sức cơ hồi phục, đồng thời tránh teo cơ đùi.

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

- Điều trị bằng nhiệt lạnh (chườm lạnh): chườm lạnh sớm có thể làm giảm sưng nề trong 48 giờ đầu
- Vật lý trị liệu chỉnh hình
- Vận động bằng tay
- Tập do cứng khớp
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
- Kỹ thuật di động mô mềm

- Tập kéo giãn
- Tập với xe đạp tập
- Tập luyện với ghế tập cơ bốn đầu đùi (tập với ghế tập mạnh cơ tứ đầu đùi)
- Tập với dụng cụ: tập với thanh song song
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Sau phẫu thuật 2 tuần bệnh nhân được tái khám sau đó cứ 1 tháng được tái khám 1 lần đến khoảng thời gian 1 năm sau phẫu thuật.

PHCN SAU PHẪU THUẬT TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO SAU KHỚP GỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đứt dây chằng chéo sau là thương tổn thường gặp trong chấn thương khớp gối. Dây chằng chéo sau bị đứt do cơ chế chấn thương làm duỗi gối quá mức.
- Có thể gặp đứt dây chằng chéo sau đơn thuần hoặc đứt cả dây chằng chéo trước, chéo sau hoặc kết hợp với tổn thương sụn chêm.
- Khi dây chằng chéo sau bị đứt xương chày bị trượt ra sau so với xương đùi, khớp gối mất vững, bệnh nhân đi lại khó khăn.
- Đánh giá độ lỏng khớp bằng dấu hiệu ngăn kéo sau.
- Để phục hồi lại độ vững chắc của khớp và tránh các biến chứng thứ phát bệnh nhân cần được tiến hành phẫu thuật tái tạo lại dây chằng chéo sau
- Hiện tại dây chằng chéo sau được tái tạo bằng chất liệu tự thân bằng gân cơ Hamstring hoặc gân cơ đồng loại.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo sau bao nhiêu ngày.
- Phương pháp phẫu thuật: mổ tái tạo dây chằng chéo sau đơn thuần hay kèm tái tạo các dây chằng khác.
- Có phẫu thuật sụn chêm kết hợp hay không.

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Nếu sau mổ ngày thứ 2 trở đi, hướng dẫn bệnh nhân tập luyện theo liệu trình phục hồi chức năng .
- Sau khi bệnh nhân hết thời gian nằm điều trị tại khoa phẫu thuật: Đánh giá độ sưng nề khớp, biên độ vận động khớp, cơ lực chân phẫu thuật để đưa ra bài tập phục hồi chức năng cho phù hợp.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Chỉ chụp lại MRI khớp gối khi có chấn thương khớp gối lại hoặc có dấu hiệu lỏng khớp rõ.

2. Chẩn đoán xác định: Dựa vào cách thức phẫu thuật.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau cho phép người bệnh tập PHCN sớm sau phẫu thuật, khớp gối nhanh chóng lấy lại được biên độ vận động như trước phẫu thuật, sức cơ hồi phục, đồng thời tránh teo cơ đùi.

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

- Điều trị bằng nhiệt lạnh (chườm lạnh): chườm lạnh sớm có thể làm giảm sưng nề trong 48 giờ đầu
- Vật lý trị liệu chỉnh hình

- Vận động bằng tay
- Tập do cứng khớp
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
- Kỹ thuật di động mô mềm
- Tập kéo giãn
- Tập với xe đạp tập
- Tập luyện với ghế tập cơ bốn đầu đùi (tập với ghế tập mạnh cơ tứ đầu đùi)
- Tập với dụng cụ: tập với thanh song song
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Giai đoạn đầu sau phẫu thuật 2 tuần bệnh nhân được tái khám sau đó cứ 1 tháng được tái khám 1 lần đến khoảng thời gian 7 tháng sau phẫu thuật bệnh nhân đã trở lại hoạt động sinh hoạt bình thường.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỔN THƯƠNG DÂY CHẰNG BÊN KHỚP GỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp gối có 5 hệ thống dây chằng nhưng do động tác chính của khớp là gập và duỗi cẳng chân nên hệ thống dây chằng bên rất chắc chắn và gồm hai dây chằng:

- Dây chằng bên chày (dây chằng bên trong) đi từ củ bên lồi cầu trong xương đùi xuống dưới ra trước đến bám vào mặt trong đầu trên xương chày.
- Dây chằng bên mác (dây chằng bên ngoài) đi từ củ bên lồi cầu ngoài xương đùi xuống dưới ra sau tới bám vào chỏm xương mác.

Chấn thương ở dây chằng hai bên gối thường là do va đập trực tiếp vào đầu gối hoặc chấn thương xoắn. Chấn thương này có thể xảy ra độc lập hoặc cùng lúc với chấn thương dây chằng trước và sau đầu gối.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Hỏi xem bệnh nhân có tiền sử bị chấn thương đụng dập trực tiếp hay không, bệnh nhân có chơi các môn thể thao như chơi cầu lông, bóng bàn, bóng đá, tennis, chạy bộ...
- Bệnh nhân có cảm nhận thấy những tiếng khác thường trong gối hay không ?

1.2. Khám lâm sàng

- Các triệu chứng lâm sàng và qua hỏi bệnh làm cơ sở chính để giúp cho chẩn đoán bệnh.
- Những triệu chứng chủ yếu bao gồm đau và sưng tại vùng chấn thương và đầu gối có thể mất vững khớp gối.
- Bệnh nhân đi lại khó khăn, gập duỗi khớp gối thực hiện được nhưng khi thực hiện các động tác nghiêng trong, nghiêng ngoài bàn chân người bệnh đau tăng và thấy lỏng lẻo khớp gối.

1.3. Các xét nghiệm cận lâm sàng: thường không có thay đổi rõ rệt.

2. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng đã khám.
- + Tiền sử đụng dập, chấn thương khớp gối các mức độ khác nhau.
- + Đau, sưng nề khớp gối.
- + Lỏng lẻo khớp gối
- Chụp cộng hưởng từ (MRI) khớp gối sẽ cho chẩn đoán xác định.

3. Chẩn đoán phân biệt

Dựa vào kết quả chụp cộng hưởng từ (MRI) khớp gối

- Cần chẩn đoán phân biệt với các chấn thương nhóm dây chằng trước và sau khớp gối
 - Chẩn đoán phân biệt với các chấn thương dây chằng chéo trước và dây chằng chéo sau
- Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là mất vững khớp gối khi gập hoặc duỗi khớp gối.

4. Chẩn đoán nguyên nhân.

Cần chẩn đoán phân biệt với những tổn thương khớp gối có gãy xương hoặc có tổn thương sụn

chêm.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

- Tiến hành phục hồi chức năng sớm để tăng cường sức cơ và tăng cường chức năng hoạt động của khớp gối.

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

- Điều trị bằng nhiệt lạnh (chườm lạnh): chườm lạnh sớm có thể làm giảm sưng nề trong 48 giờ đầu

- Vật lý trị liệu chỉnh hình

- Vận động bằng tay

- Tập do cứng khớp

+ Tập vận động thụ động

+ Tập vận động có trợ giúp

+ Tập vận động chủ động

+ Tập vận động có kháng trở

- Kỹ thuật di động mô mềm

- Tập kéo giãn

- Tập với xe đạp tập

- Tập luyện với ghế tập cơ bốn đầu đùi (tập với ghế tập mạnh cơ tứ đầu đùi)

- Tập với dụng cụ: tập với thanh song song

- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)

- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Theo dõi tiến triển hàng ngày kể từ lúc bị chấn thương. Kiểm soát đau và độ vững của khớp gối.

- Đặc biệt nếu phải phẫu thuật tạo hình lại dây chằng bên phải đặc biệt quan tâm đến hoạt động gấp duỗi và độ lỏng lẻo của khớp gối.

- Theo dõi và tái khám hàng tháng theo hẹn.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO BỆNH NHÂN VỠ XƯƠNG BÁNH CHÈ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vỡ xương bánh chè là loại gãy xương nội khớp trừ gãy cực dưới, có thể gãy kín hoặc gãy hở. Xương bánh chè giữ chức năng chính trong hệ thống duỗi gối. Gãy xương bánh chè hay gặp trong chấn thương vùng gối. Nguyên nhân là do tai nạn giao thông, lao động hoặc sinh hoạt.

Điều trị: bó bột ống đui cổ chân với gối gấp 5-10⁰, để bột 3 - 6 tuần tùy từng trường hợp.

- Điều trị phẫu thuật: Khi vỡ xương bánh chè, 2 phần vỡ rời xa nhau quá 4mm, gãy vụn khi diện khớp của các mảnh gãy khấp khểnh hoặc có mảnh rời di lệch vào khớp gối.

Khi mổ cũng có nhiều phương pháp khác nhau: Mổ buộc vòng chỉ thép, mổ buộc xương chữ U, mổ bắt vis, mổ néo ép. Nếu vỡ vụn quá mổ lấy bỏ xương bánh chè.

Sau mổ tùy vào phương pháp mổ, nếu thấy không vững cần bó bột hoặc đeo nẹp đui căng bàn chân tăng cường thêm 3 tuần.

- Với các phương pháp điều trị bảo tồn hay phẫu thuật sẽ đưa ra chương trình tập phục hồi chức năng phù hợp để giúp bệnh nhân trở lại hoạt động bình thường.

II. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

- Giảm đau.
- Tăng cường tuần hoàn.
- Chống teo cơ, đặc biệt là cơ tứ đầu đùi.
- Chống cứng khớp.
- Phục hồi chức năng di chuyển.

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

- Vật lý trị liệu chỉnh hình
- Vận động bằng tay
- Tập do cứng khớp
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
- Trượt khớp (kỹ thuật di động khớp)
- Kỹ thuật di động mô mềm
- Tập kéo giãn
- Tập với xe đạp tập
- Tập luyện với ghế tập cơ bốn đầu đùi (tập với ghế tập mạnh cơ tứ đầu đùi)
- Tập với dụng cụ: tập với thanh song song
- Điện xung (điều trị bằng các dòng điện xung, điều trị bằng dòng điện một chiều đều...)
- Hồng ngoại (điều trị bằng tia hồng ngoại)

- Gia tăng sức mạnh cơ đùi bằng các bài tập sức cản với tạ, bao cát, ghế chuyên dụng.
- Điều trị bằng nhiệt lạnh (chườm lạnh): Khi vận động khớp gối, nếu khớp gối sưng nề nhiều, giảm cường độ tập.

III. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Lần đầu: sau phẫu thuật 2 tuần. Các lần tiếp theo cách 1 tháng.
- Khám đến 6 tháng sau phẫu thuật.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT SỤN CHÊM KHỚP GỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Sụn chêm khớp gối bao gồm sụn chêm trong và sụn chêm ngoài. Sụn chêm có hình bán nguyệt nằm giữa mặt khớp lồi cầu đùi ở trên và mâm chày phía dưới.
- Sụn chêm hoạt động như các giảm xóc, hấp thu và truyền lực đều từ lồi cầu xương đùi xuống xương chày, làm giảm các sang chấn sụn khớp. Sụn chêm còn góp phần tạo nên sự vững chắc cho khớp gối.
- Lực tác động lên sụn chêm ở tư thế gối gấp và duỗi khác nhau, theo một số tác giả có 50% lực chịu năng sẽ truyền qua sụn chêm ở tư thế gối duỗi thẳng và 85% ở tư thế gối gấp.
- Khi sụn chêm bị rách:
 - + Nếu rách ở vùng 1/3 ngoài: Giàu mạch máu nuôi nên rách ở vùng này dễ hồi phục nếu phát hiện sớm và điều trị đúng.
 - + Nếu rách ở 1/3 giữa mạch máu nuôi: vùng trung gian nên mạch máu bắt đầu giảm, tổn thương có thể lành khi điều trị đúng nhưng kết quả đem lại với tỉ lệ thấp.
 - + Nếu rách ở 1/3 trong: Đây là vùng vô mạch nên rách ở đây không có khả năng phục hồi nên thường điều trị bỏ đi phần rách.
- Thương tổn sụn chêm rất thường gặp trong chấn thương khớp gối với các thể thường gặp như rách dọc, rách kiểu quai xô, kẹt khớp... Ngày nay nhờ nội soi khớp gối mà việc chẩn đoán chính xác cũng như điều trị các thương tổn của sụn chêm trở lên thuận lợi và hiệu quả hơn rất nhiều.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Bệnh nhân được phẫu thuật ngày thứ mấy ?
- Cách thức phẫu thuật là gì ?

1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Khám bệnh nhân sau phẫu thuật để tiên lượng điều trị.
- Khám vận động khớp gối, cơ lực các nhóm cơ.
- Bệnh nhân có đau hay không, khớp có phù nề không.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Chụp MRI khớp gối.
- Nội soi khớp gối.

2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào cách thức phẫu thuật của phẫu thuật viên.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

- Tiến hành sớm và tùy theo giai đoạn
- Tăng cường tầm vận động khớp.

- Tập đứng tập đi bộ.
- Tăng cường sức mạnh dẻo dai của cơ.
- Phục hồi chức năng được áp dụng sớm sau phẫu thuật để lấy lại chức năng khớp gối.

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

- Vật lý trị liệu chỉnh hình
- Vận động bằng tay
- Tập do cứng khớp
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
- Trượt khớp (kỹ thuật di động khớp)
- Kỹ thuật di động mô mềm
- Tập kéo giãn
- Tập với xe đạp tập
- Tập luyện với ghế tập cơ bốn đầu đùi (tập với ghế tập mạnh cơ tứ đầu đùi)
- Tập với dụng cụ: tập với thanh song song

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tái khám lần 1: 2 tuần sau phẫu thuật.
- Các lần sau: 1 tháng tiếp theo đến 4 tháng sau phẫu thuật.
- Các chỉ số cần theo dõi:
 - + Dấu hiệu đau khi đứng, đi lại.
 - + Tầm vận động của khớp.
 - + Cơ lực chân phẫu thuật.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy 2 xương cẳng chân rất hay gặp, chiếm 18% các trường hợp gãy xương chân. Gãy xương chày là xương chịu lực chính của cơ thể do vậy yêu cầu điều trị và phục hồi chức năng đòi hỏi khá cao.
- Các biện pháp vật lý trị liệu, vận động trị liệu và thuốc được sử dụng để thúc đẩy quá trình liền xương, phục hồi chức năng vận động khớp gối, cổ chân và chịu lực của xương chày. Phòng tránh các biến chứng teo cơ, cứng khớp...

II. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Tiến hành sớm
- Cố định tốt điểm gãy trong giai đoạn bất động
- Giảm đau, giảm phù nề
- Chống huyết khối tĩnh mạch
- Khôi phục lại tầm vận động khớp gối và cổ chân
- Gia tăng sức mạnh và dẻo dai các nhóm cơ vùng đùi và cẳng chân
- Khôi phục lại dáng đi .
- Lấy lại hoạt động bình thường cho bệnh nhân

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

* Mục đích:

- Gia tăng tuần hoàn.
- Giảm đau và giảm co thắt các cơ.
- Gia tăng tầm vận động khớp gối và khớp cổ chân.
- Gia tăng sức mạnh các cơ vùng gối, cổ chân và bàn chân.
- Tập dáng đi đúng.

* Phương pháp:

- Vật lý trị liệu chỉnh hình
- Vận động bằng tay
- Tập do cứng khớp
 - + Tập vận động thụ động
 - + Tập vận động có trợ giúp
 - + Tập vận động chủ động
 - + Tập vận động có kháng trở
- Trượt khớp (kỹ thuật di động khớp)
- Kỹ thuật di động mô mềm
- Tập kéo giãn
- Tập với xe đạp tập

- Tập luyện với ghế tập cơ bốn đầu đùi (tập với ghế tập mạnh cơ tứ đầu đùi)
- Tập với dụng cụ: tập với thanh song song

III. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tình trạng ổ gãy: đau, sưng nề, di lệch, biến dạng...
- Phản ứng của người bệnh trong quá trình tập luyện: thái độ hợp tác, sự tiến bộ...
- Tình trạng chung toàn thân
- Theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn YHCTDT Trường Đại học Y Hà Nội (1999). *Y học cổ truyền*. NXB Y học.
2. Bùi Quang Huy (2010). *Mất ngủ*. NXB Y học.
3. Hoàng Bảo Châu (1995). *Phương thuốc cổ truyền*. NXB Y học.
4. Hoàng Duy Tân, Trần Văn Nhủ (2001). *Từ điển phương thang đông y*. NXB Đồng Nai.
5. Học viện YHCT Trung Quốc (2000). *Châm cứu học Trung Quốc*. NXB Y học.
6. Khoa YHCT Trường Đại học Y Hà Nội (2005). *Bài giảng Y học cổ truyền Tập I, II*. NXB Y học.
7. Khoa YHCT Trường Đại học Y Hà Nội (2005). *Châm cứu*. NXB Y học.
8. Khoa YHCT Trường Đại học Y Hà Nội (2006). *Chuyên đề Nội khoa YHCT*. NXB Y học.
9. Khoa YHCT Trường Đại học Y Hà Nội (2006). *Nội khoa YHCT*. NXB Y học.
10. Khoa YHCT Trường ĐHYD TP. Hồ Chí Minh (2007). *Bệnh học và điều trị Nội khoa Y học cổ truyền*. NXB Y học.
11. Khoa YHCT Trường ĐHYD TP. Hồ Chí Minh (2001). *Nội khoa Y học cổ truyền*. NXB Y học.
12. Lê Quý Nguru (2006). *Từ điển Huyết vị châm cứu*. NXB Thuận Hóa.
13. Nguyễn Hữu Hách (1981). *Châm cứu thực hành*. NXB Y học TP. Hồ Chí Minh.
14. Nguyễn Nhược Kim (2009). *Phương tế học*. NXB Y học.
15. Nguyễn Trung Hoà (1987). *Giáo trình phụ khoa y học cổ truyền*. NXB Hội YHDT TP.HCM và Hội YHDT tỉnh Đồng Nai.
16. Nguyễn Trung Hoà (2000). *Đông y toàn tập*. NXB Thuận Hóa.
17. Trần Văn Kỳ (1995). *Đông y điều trị bệnh tim mạch*. NXB Tổng hợp Đồng Tháp.
18. Trần Văn Kỳ (1998). *Đông y điều trị bệnh rối loạn chuyển hoá và nội tiết*. NXB Mũi Cà Mau.
19. Trần Văn Kỳ (2000). *250 Bài thuốc Đông y cổ truyền chọn lọc*. NXB Thanh Niên.
20. Trần Văn Kỳ (2000). *Đông y điều trị bệnh tiêu hóa – gan mật*. NXB Thanh Niên.
21. Trần Văn Kỳ (2008). *Cẩm nang điều trị và chẩn đoán nội khoa Đông y*. NXB Tổng hợp TP. Hồ Chí Minh.
22. Trần Văn Kỳ (2010). *Đông y điều trị bệnh máu và cơ khớp*. NXB Y học TP. Hồ Chí Minh.
23. Trần Văn Kỳ (2013). *Đông y trị ung thư*. NXB Phương Đông.
24. Trình Nhu Hải, Lý Gia Canh (2004). *Trung Quốc danh phương toàn tập*. NXB Y học.
25. Viện nghiên cứu Y học dân tộc Thượng Hải (1992). *Chữa bệnh nội khoa bằng y học cổ truyền Trung Quốc*. NXB Thanh Hoá.
26. Viện YHCT Quân đội (2009). *Kết hợp Đông Tây y chữa một số bệnh khó*. NXB Y học.

27. Viện YHCT Việt Nam (1993). *Châm cứu học*. NXB Y học.
28. Phác đồ điều trị bệnh nội khoa Viện y dược học dân tộc năm 2019
29. Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM 2013 – Bệnh Viện Nhi Đồng 1 .
30. Tài liệu hướng dẫn thực hành lâm sàng nhi khoa – Bộ môn Nhi (Đại học Y Dược TP HCM)
31. Giáo trình Vật lý trị liệu – phục hồi chức năng Bệnh viện Thống Nhất
32. Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12/3/2013 của Bộ Y tế ban hành tài liệu hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu