

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH
MÔN HỌC: PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Ngành/nghề: Y sĩ

Trình độ: Trung cấp

Bạc Liêu, năm 2020

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Ngành/nghề: Y sĩ

Trình độ: Trung cấp

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 63C/QĐ-CDYT ngày 26/03/2020
của Hiệu trưởng Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu)*

Bạc Liêu, năm 2020

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo.

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

LỜI GIỚI THIỆU

Quyển giáo trình môn *Phục hồi chức năng* được biên soạn theo chương trình giáo dục Y sĩ trung cấp của Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu, dựa trên cơ sở chương trình khung của Bộ Lao Động - Thương Binh và Xã Hội đã phê duyệt.

Để cập nhật chương trình đào tạo Y sĩ tiên tiến cần có phương pháp giảng dạy hiện đại, phương thức lượng giá thích hợp trong giảng dạy. Thực hiện mục tiêu ưu tiên đáp ứng nhu cầu có tài liệu học tập và nâng cao kiến thức về Phục hồi chức năng cho sinh viên/ học viên trình độ Y sĩ; Bộ môn đã tiến hành biên soạn quyển giáo trình này để đáp ứng nhu cầu thực tế trong công tác đào tạo Y sĩ tại Trường.

Tài liệu được các giảng viên nhiều kinh nghiệm và tâm huyết trong công tác giảng dạy biên soạn theo phương pháp giảng dạy tích cực, nâng cao tính tự học của người học và phù hợp với thực tiễn Việt Nam. Giáo trình trang bị những kiến thức cơ bản và kiến thức chuyên ngành cho sinh viên/ học viên và quý đồng nghiệp trong lĩnh vực Y khoa nói chung và Phục hồi chức năng cho nói riêng.

Giáo trình *Phục hồi chức năng* đã được sự phản hồi và đóng góp ý kiến của quý đồng nghiệp, các chuyên gia lâm sàng có nhiều năm kinh nghiệm trong lĩnh vực Phục hồi chức năng cho quyển giáo trình và được hội đồng Trường nghiệm thu, để phục vụ giảng dạy cho sinh viên/ học viên trình độ trung cấp.

Do bước đầu biên soạn nên chắc chắn nội dung quyển giáo trình còn nhiều hạn chế và thiếu sót. Chúng tôi rất mong nhận được ý kiến đóng góp của quý đồng nghiệp, các bạn sinh viên/ học viên để tài liệu ngày càng hoàn thiện hơn.

Chân thành cảm ơn Ban Giám Hiệu Trường; lãnh đạo Khoa; các phòng chức năng và tập thể giảng viên Bộ môn những người đã trực tiếp tham gia biên soạn quyển giáo trình.

Bạc Liêu, ngày 26 tháng 01 năm 2020

Nhóm biên soạn

Tham gia biên soạn

Chủ biên:

Bs. Nguyễn Phước Thọ

Tổ biên soạn:

1. Bs. CKI. Tăng Thị Thủy
2. Bs. Giang Thị Mỹ Vân

MỤC LỤC

Bài 1. ĐẠI CƯƠNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, VAI TRÒ CỦA NGƯỜI Y SĨ TRONG ĐIỀU TRỊ VÀ PHỐI HỢP CHO NGƯỜI BỆNH	1
BÀI 2. MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP VẬT LÝ TRỊ LIỆU VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG.....	10
Bài 3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHO NGƯỜI BỆNH THẦN KINH TRUNG ƯƠNG.....	14
Bài 4. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHO NGƯỜI BỆNH THẦN KINH NGOẠI BIÊN	18
Bài 5. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHO NGƯỜI GÃY XƯƠNG	20
Bài 6. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHO NGƯỜI BỆNH HÔ HẤP, KHỚP XƯƠNG.....	23
Bài 7. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHO SẢN PHỤ TRƯỚC VÀ SAU ĐẼ	35
Bài 8. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHO NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT	40
Bài 9. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, VẬT LÝ TRỊ LIỆU DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG.....	43
Bài 10. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHO NGƯỜI BỆNH LIỆT HAI CHI DƯỚI.....	47
Bài 11. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI KHÓ KHĂN VỀ HỌC, NGHE, NÓI, MẤT CẢM GIÁC, ĐỘNG KINH, TÂM THẦN	50

Tên môn học: PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Mã môn học: Y.23

Thời gian thực hiện môn học: 30 giờ (Lý thuyết: 28 giờ; Kiểm tra: 2 giờ).

I. Vị trí, tính chất môn học:

- **Vị trí:** môn học phục hồi chức năng được bố trí sau khi học xong các môn học khác.
- **Tính chất:** môn phục hồi chức năng là môn học chuyên ngành cung cấp cho học sinh những kiến thức về hậu quả của bệnh tật và cách phục hồi.

II. Mục tiêu môn học:

1. Về kiến thức:

- 1.1. Trình bày được một số khái niệm cơ bản về phục hồi chức năng, một số phương pháp vật lý trị liệu và phục hồi chức năng bệnh thường gặp.
- 1.2. Phát hiện được nhu cầu cần phục hồi cho người bệnh, phối hợp nâng cao chất lượng điều trị toàn diện, ngăn ngừa thương tật thứ cấp.

2. Về kỹ năng:

- 2.1. Thực hiện được một số kỹ thuật phục hồi chức năng đơn giản để phục hồi cho người bệnh.
- 2.2. Sử dụng được một số thiết bị vật lý trị liệu để phục hồi chức năng cho người bệnh.

3. Về năng lực tự chủ và trách nhiệm:

- 3.1. Có khả năng làm việc độc lập hoặc theo nhóm dưới sự hướng dẫn của giáo viên.
- 3.2. Tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực trong hoạt động nghề nghiệp.

III. Nội dung môn học:

1. Nội dung tổng quát và phân bổ thời gian:

TT	Tên bài trong môn học	Thời gian (giờ)		
		TS	LT	Kiểm tra
1	Đại cương phục hồi chức năng, vai trò của người y sĩ trong điều trị và phối hợp cho người bệnh	4	4	0
2	Một số phương pháp VLTL và PHCN	3	3	0
3	Phục hồi chức năng, vật lý trị liệu cho người bệnh thần kinh Trung ương	4	3	1
4	Phục hồi chức năng, vật lý trị liệu cho người bệnh thần kinh ngoại biên	2	2	0
5	Phục hồi chức năng, vật lý trị liệu cho người gãy Xương	2	2	0
6	Phục hồi chức năng, vật lý trị liệu cho người bệnh hô hấp, khớp xương	2	2	0
7	Phục hồi chức năng, vật lý trị liệu cho sản phụ trước và sau đẻ	2	2	0
8	Phục hồi chức năng, vật lý trị liệu cho người bệnh trước và sau phẫu thuật	1	1	0
9	Phục hồi chức năng, vật lý trị liệu dựa vào cộng đồng	2	2	0
10	Phục hồi chức năng, vật lý trị liệu cho người bệnh liệt hai chi dưới	2	2	0
11	Phục hồi chức năng cho người khó khăn về học, nghe, nói, mất cảm giác, động kinh, tâm thần	6	5	1
Cộng		30	28	2

Bài 1. ĐẠI CƯƠNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, VAI TRÒ CỦA NGƯỜI Y SĨ TRONG ĐIỀU TRỊ VÀ PHỐI HỢP CHO NGƯỜI BỆNH

MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được định nghĩa y học phục hồi, y khoa vật lý.
- 1.2. Trình bày được nguyên nhân thương tật và cách dự phòng.
- 1.3. Trình bày được quá trình tàn tật và cách phòng ngừa.
- 1.4. Trình bày được các bước phát triển của y học.
- 1.5. Trình bày được các hình thức phục hồi chức năng.
- 1.6. Trình bày được vai trò của người y sĩ trong điều trị và phối hợp phục hồi chức năng.

2. Kỹ năng

Áp dụng được các kiến thức và kỹ năng phục hồi chức năng về ban đầu cho bệnh nhân.

3. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

I. ĐỊNH NGHĨA:

1. Những định nghĩa về Y học phục hồi:

Trong tiếng Việt về phương diện từ nguyên, theo từ điển Hán Việt của Đào Duy Anh thì "phục hồi" là một từ kép bao gồm 2 từ gần đồng nghĩa "phục là trở về, trở lại - hồi cũng có nghĩa là trả lại, trở lại". Như vậy theo 1 nghĩa hẹp cụ thể thì từ phục hồi áp dụng cho người bệnh có nghĩa là trả lại cho họ chức năng đã bị mất do hậu quả của bệnh tật hay do chấn thương.

Về phương diện thuật ngữ chuyên khoa thì "Phục hồi" là 1 từ được phiên dịch từ gốc 1 thuật ngữ Anh Rehabilitation. Theo cuốn từ điển The Concise Oxford Dictionary thì tiếp đầu "Re" có nghĩa là "lại, trở lại trạng thái ban đầu sau một thời gian hoặc bị ngưng trệ hoặc xảy ra một trạng thái đối nghịch". Và như vậy động từ tiếng Anh "Rehabilitate" có nghĩa là "trả lại, đưa trở về tình trạng vốn có ban đầu".

Đây là một số định nghĩa về thuật ngữ phục hồi theo cuốn từ điển Y khoa Vật lý và y học phục hồi của Herman KAMENETZ

Định nghĩa 1: Y học phục hồi là sự nỗ lực tái lập cho người bệnh, người bị bất túc, người mất khả năng trở lại cách sống và hoạt động càng gần mức độ bình thường càng tốt. Bao gồm trong ý nghĩa này phải kể tới những cố gắng phục hồi về thể chất, tâm thần, những cố gắng hướng nghiệp và tái phân loại xã hội cho những người đã bị sút giảm về thể chất và tâm thần.

Định nghĩa 2: Y học phục hồi là một phương thức sáng tạo bao gồm sự kết hợp của nhiều nỗ lực thuộc các lĩnh vực chuyên khoa khác nhau nhằm giúp người bệnh thuộc đủ các dạng bệnh, đủ loại thương tật, tăng tiến và tận dụng được những khả năng đến mức tốt nhất có thể được về thể chất, tâm lý, kinh tế và xã hội để tự giúp mình trở thành

hữu dụng, gia nhập trở lại cộng đồng xã hội, có lao động sản xuất, sống hạnh phúc với phẩm giá và có cơ hội tiến bộ đồng đều như mọi người khác.

Định nghĩa 3: Y học phục hồi là 1 tiến trình làm giảm thiểu mức lệ thuộc của người bất túc hay tàn tật bằng cách phát triển đến mức tối đa có thể được những khả năng cần thiết cho sinh hoạt, đủ thích nghi với từng hoàn cảnh của người bệnh

Định nghĩa 4 của tác giả khác YESNER: Y học phục hồi là 1 phương thức trị liệu giúp cho người bệnh bị bất túc về thể lực có thể tận dụng tối đa về những khả năng còn lại giúp họ đạt tới mức tốt nhất về sở nguyện và hữu dụng đối với chính họ và gia đình họ.

Cho dù với định nghĩa nào thì mọi công tác phục hồi đều quy vào 1 mục đích " tăng sức sống cho năm tháng" giúp người bệnh sống có hạnh phúc, có lao động sản xuất, có khả năng gia nhập trở lại cuộc sống xã hội

2. Định nghĩa về Y khoa vật lý:

Y khoa vật lý là chuyên khoa chủ yếu sử dụng những kỹ thuật và các tác nhân vật lý cho mục đích chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa các bệnh tật. Y khoa vật lý luôn luôn kết hợp với sự tái giáo dục và tái thích nghi chức năng nhưng lại tách biệt với khoa X-quang.

Y khoa vật lý bao gồm: Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, điện chẩn (cơ điện ký), chỉnh âm, dạy nói và các Cận Y khoa khác.

2.1. Vật lý trị liệu:

Là phương thức điều trị bằng cách sử dụng các tác nhân vật lý như nước, nhiệt, lạnh, ánh sáng, điện và vận động. Có thể nói vận động trị liệu là phần sinh hoạt quan trọng chủ yếu trong sinh hoạt của các khoa phòng vật lý trị liệu.

2.2. Hoạt động trị liệu:

Là phương pháp tái giáo dục chức năng để người bệnh có thể hoàn tất một công việc. Đây là một lĩnh vực cận y khoa sử dụng các hoạt động chức năng dưới hình thái công việc, trò chơi, điệu bộ của đời sống hàng ngày với mục đích cải thiện một chức năng bị suy giảm hay bù trừ lại một chức năng đã bị mất, giảm thiểu tối đa sự lệ thuộc của người bệnh, phát triển tính khéo léo của 2 bàn tay, tập cho người bệnh sử dụng thành thạo các dụng cụ trợ giúp khác.

II. NGUYÊN NHÂN CỦA THƯƠNG TẬT:

Hậu quả của bệnh có thể khiến người bệnh bị mất khả năng và mang thương tật nhưng trong lĩnh vực phục hồi cần phân biệt những nguyên nhân trực tiếp hay gián tiếp gây ra thương tật. Nếu là hậu quả trực tiếp của bệnh đó là thương tật sơ cấp, nếu là hậu quả gián tiếp đó là những thương tật thứ cấp.

1. Thương tật sơ cấp: Là hậu quả trực tiếp của tiến trình bệnh do:

- Rối loạn bẩm sinh
- Bệnh

- Chấn thương

2. Thương tật thứ cấp: Những thương tật thứ cấp của người bệnh do bất động hoặc do hoạt động nhưng lại không đúng cách gây nên các thương tổn.

Có những tên gọi khác nhau, chẳng hạn:

- Hội chứng không dùng để chỉ các loại thương tật thứ cấp do hậu quả của sự bất động

- Hội chứng dùng sai để chỉ những thương tật thứ cấp do hoạt động không đúng cách. Thường thì cả 2 loại thương tật này đều có thể tránh được, hiển nhiên sự phòng tránh phải bắt đầu tức thời ngay khi chăm sóc người bệnh.

Hội chứng không dùng

- Nguyên nhân:

- + Cường bách nghỉ ngơi trên giường trong thời gian bệnh hoặc dưỡng bệnh
- + Hạn chế hoạt động do thói quen nghề nghiệp
- + Rối loạn tâm thần đưa tới bất động
- + Bất động do máng nẹp bó bột
- + Liệt, cứng khớp, đau, mất cảm giác

- Hậu quả:

+ **Teo cơ:** Nếu 1 cơ hay 1 nhóm cơ không vận động sau 1 thời gian khối cơ sẽ bị giảm thể tích điều này rất dễ nhận thấy sau khi cắt bộ phận chi thể trong ống bột bị teo nhỏ. Teo cơ thường đi kèm với tình trạng suy yếu cơ. Sự suy yếu này khiến người bệnh không hoạt động, diễn biến này tạo ra một vòng lẩn quẩn đưa người bệnh đến suy thoái về thể chất và tâm lý.

+ **Co rút khớp:** Đó là tình trạng giới hạn tầm hoạt động khớp do sự rút ngắn các mô mềm quanh khớp. Do hiện tượng không dùng, khớp không di động hết tầm độ đã đưa đến hậu quả co rút này.

+ Các rối loạn biến dưỡng:

* *Loãng xương:* Do phần xương bị bất động và do thiếu sức căng kéo của cơ hoặc do tình trạng không chịu sức nặng. Tình trạng loãng xương dẫn theo rất nhiều hậu quả như đau, dễ gãy xương, tạo sạn trong đường tiết niệu.

* *Sạn trong đường tiết niệu:* Do nhiều nguyên nhân như tăng bài tiết canxi trong nước tiểu do xương bị mất khoáng do nước tiểu bị ứ đọng vì ít thay đổi tư thế, nhiễm trùng đường tiểu.

+ Rối loạn tuần hoàn:

* *Giảm huyết áp thể đứng:* Là tình trạng sụt huyết áp đột ngột khi người bệnh nằm lâu chuyển sang vị thế đứng. Tình trạng này có thể khiến người bệnh ngất xỉu vì thiếu cung cấp máu tới não có thể gây tổn thương não và có khi chết đột ngột. Nguyên nhân là do tình trạng giãn các mạch máu ở bụng và hai chi dưới khiến phần lớn thể tích máu tích tụ ở các vùng thấp khi người bệnh đứng. Bình thường các mạch máu có khả năng co phản xạ, khả năng này bị mất do tình trạng nằm bất động lâu dài.

* *Huyết khối tĩnh mạch*: Hai chi dưới thiếu di động có thể đưa tới huyết khối tĩnh mạch, tình trạng này có thể đưa tới tai biến nghẽn mạch phổi làm chết người bệnh.

* *Viêm phổi ú động*: Do nằm ngửa hay nằm nghiêng lâu dài trên giường đưa tới sung huyết phổi và viêm phổi.

* *Loét do nằm lâu hay loét do đè ép quá mức và kéo dài đưa tới hoại tử mô*.

+ **Rối loạn cơ vòng**: Hiện tượng bất động có thể đưa tới táo bón hay tình trạng không kiểm chế được phân và nước tiểu.

+ **Suy sụp tâm thần**: Do bất động lâu người bệnh có thể trở nên lệ thuộc không thích hoạt động và buồn chán. Chính sự thay đổi tâm lý này dẫn tới những hậu quả trầm trọng khác như ăn mất ngon, không kiểm chế được sự bài tiết, mất khả năng tiếp xúc.

- **Cách phòng ngừa**: Hội chứng không dùng kể trên là do hậu quả của tình trạng bất động, có thể ngăn ngừa hữu hiệu bằng ba biện pháp:

+ Tập chủ động

+ Tập thụ động

+ Thường xuyên thay đổi vị thế

Hội chứng dùng sai

Ngoài sự bất động là nguyên nhân chính đưa tới nhiều loại thương tật thứ cấp còn phải kể tới một số thương tật thứ cấp do hậu quả của sự hoạt động không đúng cách hay còn gọi là hội chứng dùng sai.

Ba hội chứng dùng sai thường gặp là:

- Hội chứng đau vai tiếp sau liệt đai vai

- Khớp gối ưỡn do bị liệt

- Khớp không vững tăng tiến trong các trường hợp viêm khớp

III. DỰ PHÒNG PHỤC HỒI:

Chăm sóc người bệnh trong Y học phục hồi không chỉ bao gồm sự nỗ lực phục hồi chức năng cho người đã bị thương tật mà còn có nội dung cao hơn thế nữa là phòng ngừa thương tật.

Trong những năm gần đây dịch tễ học lâm sàng không những đi sâu phân tích những nguyên nhân đưa tới hậu quả thương tật mà còn quan tâm và hiểu biết nhiều hơn về vai trò của dịch tễ học lâm sàng.

FEINSTEN 1968 đã xác định dịch tễ học lâm sàng không chỉ hạn chế bởi loại bệnh, tuổi tác, nơi chốn. Dịch tễ học lâm sàng có thể được xem như Y học sinh thái, Y học xã hội hay Y học cộng đồng. Mục đích cơ bản của dịch tễ học là phòng ngừa và thanh toán các loại bệnh và tạo những điều kiện để hiểu biết sâu hơn về nguyên nhân gây bệnh.

Với quan niệm mới về phục hồi dự phòng là phòng ngừa thương tật không chỉ bắt đầu từ khi con người mới sinh ra hoặc sau khi đã xảy ra thương tật sơ cấp. Sự dự phòng phải sớm hơn nữa, bắt nguồn từ những hiểu biết về di truyền học, phải phòng ngừa thương tật

ngay từ giai đoạn có thể có khiếm khuyết di truyền. Và tiếp theo đó ngay từ giai đoạn sớm của thai nghén, các thai phụ phải được phòng ngừa tác hại của một số loại dược phẩm và loại bệnh Rubella, sự phân tích nước ối có thể cung cấp những dữ kiện phát hiện sớm các bệnh gây tàn phế cho trẻ sơ sinh. Đây chính là những bệnh pháp ngăn ngừa các thương tật sơ cấp.

Ngoài ra các bác sĩ sản phụ khoa cần quan tâm những trường hợp bại não do tổn thương não vì các thủ thuật sinh đẻ không tự nhiên như forceps hay máy hút.

CÁC GIAI ĐOẠN PHỤC HỒI DỰ PHÒNG

Di truyền
Thụ thai
Có thai
Sinh đẻ
Tuổi nhỏ
Thiếu niên
Thanh niên
Trung niên
Tuổi già
Chết.

Như vậy phục hồi dự phòng được xem là phương pháp hữu hiệu và đặc hiệu có khả năng to lớn để giảm thiểu con số người bị thương tật sơ cấp trong tương lai. Đây là vấn đề được coi là quan trọng đối với những nước có nền công nghiệp phát triển và là 1 vấn đề " Y tế chiến lược" cho những nước đang mở mang trong đó có Việt Nam. Bởi vì thiếu phục hồi dự phòng trong nội dung sinh hoạt Y tế có nghĩa là phải đối đầu với sự gia tăng con số những người bị thương tật sơ cấp lại chồng chất thêm những thương tật thứ cấp biến họ trở thành những con người lệ thuộc dẫn đến hậu quả là 1 bị kịch cá nhân không thể vượt qua còn tạo nên 1 gánh nặng vô cùng to lớn về phương diện kinh tế, xã hội cho gia đình và cộng đồng. Cần phát triển quan niệm phục hồi theo 1 nhãn quan toàn diện hơn, khám phá đi sâu vào vấn đề dịch tễ học về thương tật, các yếu tố nguyên nhân, dẫn tới những thương tật sơ cấp cũng như thứ cấp đồng thời thấy được tầm quan trọng của phục hồi dự phòng như 1 nội dung cao nhất cần lồng ghép vào toàn bộ công tác của người cán bộ Y tế.

IV. QUÁ TRÌNH TÀN TẬT VÀ CÁCH PHÒNG NGỪA:

1. Quá trình tàn tật:

Bệnh và tàn tật được diễn biến theo 1 quá trình:

Người khỏe ----> bệnh ----> khiếm khuyết ----> giảm chức năng ---> tàn tật

Người khỏe mạnh là người có trạng thái thoải mái về thể chất, tinh thần và không có bệnh

Bệnh là rối loạn 1 chức năng nào đó của cơ thể dưới ảnh hưởng của tác nhân lý, hóa, sinh học, xã hội... Ví dụ: Viêm dính màng phổi là khiếm khuyết về chức năng.

Tai nạn gãy cẳng chân, cắt cụt chi là khiếm khuyết về giải phẫu

Giảm chức năng là mất hay giảm 1 phần chức năng nào đó do khiếm khuyết tạo nên. Ví dụ: Đục nhân mắt dẫn tới nhìn kém là giảm khả năng.

Liệt nửa người gây đi lại khó là giảm khả năng.

Tàn tật là tình trạng do khiếm khuyết, giảm khả năng cản trở người đó thực hiện vai trò của mình trong cộng đồng mà phải phụ thuộc 1 phần hay toàn diện vào người khác trong lúc đó người cùng tuổi, cùng giới, cùng hoàn cảnh có thể thực hiện được.

2. Phòng ngừa tàn tật:

2.1. Phòng ngừa tàn tật bước 1:

Là sử dụng các biện pháp để phòng ngừa người khỏe không bị bệnh và để người bệnh không bị khiếm khuyết.

Người khỏe ----> bệnh ----> khiếm khuyết ----> giảm chức năng ---> tàn tật

↑

phòng ngừa tàn tật bước 1--

Các biện pháp phòng ngừa tàn tật bước 1

- Tiêm chủng phòng mắc bệnh truyền nhiễm
- Phát hiện và điều trị bệnh sớm
- Đảm bảo dinh dưỡng cho bà mẹ và trẻ em
- Cung cấp nước sạch, an toàn và vệ sinh thực phẩm
- Bảo vệ môi trường
- Vệ sinh lao động
- Phát triển mạng lưới Y tế cộng đồng và PHCN
- Giáo dục sức khỏe

2.2. Phòng ngừa tàn tật bước 2:

Là sử dụng các biện pháp phòng ngừa để các khiếm khuyết không trở thành giảm khả năng.

Người khỏe ----> bệnh ----> khiếm khuyết ----> giảm chức năng ---> tàn tật

↑

phòng ngừa tàn tật bước 2

Các biện pháp phòng ngừa tàn tật bước 2

- Phát hiện bệnh sớm, điều trị tích cực có hiệu quả
- PHCN sớm
- Giáo dục đặc biệt và sớm cho trẻ khuyết tật
- Tạo điều kiện cho người tàn tật học hành
- Phát triển ngành phục hồi chức năng

2.3. Phòng ngừa tàn tật bước 3:

Là sử dụng các biện pháp phòng ngừa để giảm khả năng không trở thành tàn tật.

Người khỏe ----> bệnh ----> khiếm khuyết ----> giảm chức năng ---> tàn tật

↑

phòng ngừa tàn tật bước 3

Các biện pháp phòng ngừa tàn tật bước 3

- Cung cấp các dụng cụ thích nghi
- Thực hiện các chính sách xã hội tạo điều kiện cho người tàn tật hòa nhập vào cộng đồng
- Giúp người tàn tật có việc làm, có thu nhập

V. CÁC BƯỚC PHÁT TRIỂN CỦA Y HỌC:

Qua quá trình hình thành và phát triển của Y học, Y học đã hình thành 3 lĩnh vực

1. Y học lâm sàng là bước phát triển thứ 1 của Y học

1.1. Mục đích:

Nghiên cứu và phát triển các kinh nghiệm, thăm khám, chẩn đoán, phát hiện bệnh tật, điều trị và chăm sóc người bệnh.

1.2. Phương pháp:

- Sử dụng các phương pháp thăm khám lâm sàng như nhìn, sờ, gõ, nghe.
- Sử dụng các phương pháp thăm khám cận lâm sàng như X-quang, siêu âm, xét nghiệm, dùng các thuốc, các phương pháp phẫu thuật, phương pháp vật lý để trị liệu

1.3. Hạn chế:

- Chỉ chữa bệnh không phòng ngừa được bệnh
- Khi người bệnh có khiếm khuyết, giảm khả năng, tàn tật, thì chưa có biện pháp hữu hiệu để giải quyết mà phải đến lĩnh vực y tế cao hơn.

2. Y học dự phòng là bước phát triển thứ 2 của Y học

2.1. Mục đích:

Giúp cho con người không bị mắc bệnh

2.2. Phương pháp:

- Dựa vào các phương pháp tiêm chủng vắc-xin phòng các bệnh nhiễm khuẩn
- Vệ sinh lao động phòng chống bệnh do quá trình lao động gây ra

2.3. Thành tựu:

Qua việc thực hiện CSSKBD nhiều bệnh nhiễm khuẩn được đẩy lùi như giảm tỉ lệ bệnh bại liệt, đậu mùa, dịch hạch, thương hàn, tả. Sức khỏe nhân dân lao động được nâng cao, giảm tỉ lệ người bị bệnh nghề nghiệp.

Tuy vậy, YHDP cần kết hợp tốt với YHLS và YHPH mới đủ sức đáp ứng được nhu cầu toàn diện về Y tế của nhân dân.

3. Y học phục hồi là bước phát triển thứ 3 của Y học.

Y học phục hồi là ngành mới ra đời nhằm đáp ứng các nhu cầu y tế với chất lượng điều trị toàn diện cho người bệnh và người tàn tật.

3.1. Mục đích:

- Hoàn lại một cách tối đa về thực thể, tinh thần và nghề nghiệp
- Ngăn ngừa các thương tật thứ cấp
- Tăng cường khả năng còn lại của người tàn tật để làm giảm bớt hậu quả tàn tật
- Thay đổi thái độ của xã hội đối với người tàn tật
- Cải thiện các điều kiện nhà ở, trường học, giao thông công sở để người tàn tật có thể đến những nơi họ cần đến như mọi người có cơ hội được vui chơi, học hành, làm việc hoạt động xã hội làm cho mọi người trong xã hội có ý thức phòng ngừa tàn tật.

3.2. Phạm vi của PHCN:

3.2.1. *Về Y học:* Khám, lượng giá chức năng, phục hồi và điều trị VLTL, ngôn ngữ trị liệu, mổ chỉnh hình, thuốc men,....

3.2.2. *Về mặt xã hội:* Thay đổi thái độ xã hội đối với người tàn tật, làm cho xã hội có

3.2.3. *Giáo dục đặc biệt:* Đặc biệt giáo dục cho trẻ khuyết tật

3.2.4. *Kinh tế:* Hướng nghiệp công ăn việc làm có thu nhập tái giáo dục nghề nghiệp

3.2.5. *Kỹ thuật:* Sản xuất chân tay giả, dụng cụ chỉnh hình, trợ giúp PHCN như tai nghe, mắt kính,....

V. CÁC HÌNH THỨC PHCN:

1. Phục hồi chức năng tại trung tâm:

1.1. Ưu điểm:

- Có nhiều phương tiện thiết bị
- Có nhiều cán bộ chuyên khoa được đào tạo tốt
- Có thể phục hồi được các trường hợp khó và nặng

1.2. Nhược điểm:

- Người tàn tật phải đi xa
- Số lượng người được phục hồi ít
- Chỉ phục hồi được về mặt Y học

2. Phục hồi chức năng ngoại viện:

Cán bộ PHCN từ các viện, trung tâm được cử về địa phương cùng với trang thiết bị để phục hồi.

2.1. **Ưu điểm:** Số lượng người tàn tật được phục hồi nhiều hơn.

2.2. Nhược điểm:

- Chi phí tốn kém
- Thiếu cán bộ PHCN

3. PHCN dựa vào cộng đồng:

Cán bộ Y tế cơ sở, gia đình người tàn tật được chuyển giao kỹ thuật PHCN, người tàn tật được phát hiện và PHCN tại cộng đồng theo kỹ thuật thích nghi, nguồn nhân lực, tài chính dựa vào cộng đồng.

3.1. Ưu điểm:

- Tỷ lệ người tàn tật được phục hồi nhiều nhất.

- Chất lượng phục hồi thích hợp, người tàn tật được hội nhập xã hội
- Chi phí có thể chấp nhận được
- Lòng ghép vào công tác CSSKBD và các chương trình Y tế khác tại cộng đồng

3.2. Nhược điểm: Các trường hợp tàn tật khó không thể giải quyết được.

VI. VAI TRÒ CỦA NGƯỜI CÁN BỘ Y TẾ TRONG PHCN:

1. Vai trò phát hiện:

- Qua thăm khám, chăm sóc, điều trị người bệnh, phát hiện các nhu cầu cần PHCN, đánh giá mức độ cần giải quyết. Nếu không giải quyết được, cần giới thiệu đi thăm khám ở chuyên khoa PHCN để bác sĩ chuyên khoa tổ chức phối hợp thực hiện.

- Phát hiện thương tật thứ cấp như loét, viêm phổi ứ đọng, teo cơ, cứng khớp do ít vận động.

- Phát hiện các chứng, bệnh tật cần điều trị PHCN giới thiệu bệnh nhân đi sang khoa PHCN điều trị kết hợp như các bệnh thần kinh, khớp, tim mạch, hô hấp, chấn thương chỉnh hình, gãy xương, bại não, bàn chân khoèo, còi xương ở trẻ em.

2. Vai trò phối hợp:

Đối với 1 số kỹ thuật PHCN đơn giản, người cán bộ Y tế có thể thực hiện tại khoa:

- Chườm lạnh, nóng
- Tập vận động đơn giản
- Chỉ dẫn thực hiện các tư thế đúng, ngừa co rút biến dạng cho bệnh nhân
- Hướng dẫn các bài tập hoạt động trị liệu đơn giản
- Hướng dẫn sử dụng nạng, gậy khi di chuyển./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Hãy trình bày định nghĩa về Y học phục hồi?
2. Hãy trình bày khái niệm về: Người khỏe, người bệnh, khiếm khuyết, giảm chức năng, tàn tật?
3. Hãy kể các biện pháp phòng ngừa tàn tật bước 1?
4. Hãy kể các biện pháp phòng ngừa tàn tật bước 2?
5. Hãy kể các biện pháp phòng ngừa tàn tật bước 3?
6. Hãy trình bày quá trình tàn tật?
7. Hãy kể mục đích của Y học lâm sàng và Y học dự phòng?
8. Hãy kể mục đích của Y học phục hồi?
9. Hãy kể phạm vi của PHCN?
10. Hãy kể ưu và nhược điểm của PHCN tại trung tâm?
11. Hãy kể ưu và nhược điểm của PHCN ngoại viên?
12. Hãy kể ưu và nhược điểm của PHCN dựa vào cộng đồng?
13. Hãy kể 2 vai trò và nói rõ từng vai trò của người cán bộ y tế đối với PHCN?

BÀI 2. MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP VẬT LÝ TRỊ LIỆU VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được định nghĩa một số phương pháp VLTL – PHCN (vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, ánh sáng trị liệu).
- 1.2. Trình bày được mục đích của vận động và hoạt động trị liệu.
- 1.3. Trình bày được chỉ định và chống chỉ định của chườm nóng, chườm lạnh, ánh sáng trị liệu, siêu âm trị liệu.

2. Kỹ năng

Áp dụng được các kiến thức và kỹ năng phục hồi chức năng về ban đầu cho bệnh nhân.

3. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

NỘI DUNG

MỘT SỐ PHƯƠNG THỨC ĐIỀU TRỊ BẰNG VLTL

- | | | |
|----------------------|-----------------------|-------------------|
| 1. Vận động trị liệu | 2. Hoạt động trị liệu | 3. Điện trị liệu |
| 4. Ánh sáng trị liệu | 5. Xoa bóp trị liệu | 6. Nhiệt trị liệu |
| 7. Kéo nắn trị liệu | | |

1. Vận động trị liệu:

1.1. Định nghĩa:

Là môn học áp dụng kiến thức vận động vào trong công tác điều trị, phòng bệnh và PHCN

1.2. Mục đích:

- Phục hồi tầm vận động của khớp
- Làm mạnh cơ
- Điều hợp các động tác
- Tái rèn luyện các cơ bị liệt, bị mất chức năng
- Tạo thuận cho cảm thụ bản thể
- Phòng thương tật thứ cấp

1.3. Phân loại vận động:

- Tập vận động thụ động
- Tập chủ động có trợ giúp
- Tập chủ động không có trợ giúp
- Tập chủ động có kháng trở
- Tập chủ động có kháng trở tăng tiến

2. Hoạt động trị liệu:

2.1. Định nghĩa:

Là khoa học nghệ thuật hướng dẫn sự đáp ứng của người bệnh với những hoạt động lựa chọn nhằm cải thiện hay duy trì sức khỏe, ngăn ngừa tàn tật, lượng giá thái độ và điều trị hay tập luyện người bệnh có những khiếm khuyết về thể chất hay tâm trí

2.2. Mục đích:

- Gia tăng sức khỏe
- Tăng sức mạnh, bền bỉ của cơ khớp
- Giúp người bệnh làm quen với công việc mới

2.3. Nguyên tắc điều trị:

- Kỹ thuật viên trình bày hoạt động rõ ràng cho người bệnh hiểu
- Người bệnh thực hiện các hoạt động, kỹ thuật viên sửa những động tác sai
- Người bệnh làm nhiều lần có thể hoàn thành tốt hoạt động của mình

2.4. Các hoạt động:

- Sinh hoạt hàng ngày, công việc vệ sinh thay quần áo
- Hoạt động sáng tác nghề thủ công, nghệ thuật
- Hoạt động giáo dục và trí tuệ kiến thức, âm nhạc
- Hoạt động hướng nghiệp giúp thoải mái tinh thần

3. Chườm nóng chườm lạnh:

3.1. Chườm nóng:

3.1.1. Tác dụng sinh lý:

- Gây xung huyết cục bộ, tăng cường sức hoạt động của tế bào và mô
- Giảm đau và giảm phù nề
- Tổ chức bớt xung huyết
- Làm cho bệnh nhân ấm lên

3.1.2. Chỉ định:

- Cơ đau dạ dày
- Trời rét
- Đau khớp đau cơ
- Viêm thanh quản. khí quản

3.1.3. Chống chỉ định:

- Viêm ruột thừa cấp, nhiễm khuẩn mũ nặng
- Sai khớp, bong gân
- Sốc, say nắng, say nóng
- Rối loạn cảm giác

3.2. Chườm lạnh:

3.2.1. Tác dụng sinh lý:

- Co mạch, giảm xung huyết, cầm máu
- Khu trú nhiễm khuẩn
- Giảm đau
- Hạ nhiệt độ

3.2.2. *Chỉ định:*

- Xuất huyết phổi
- Đau bụng, đau ngực
- Sốt cao
- Chấn thương

3.2.3. *Chống chỉ định:*

- Táo bón
- Thiếu máu cục bộ các tổ chức

4. **Ánh sáng trị liệu:**

4.1. **Định nghĩa:**

Là dùng tia tử ngoại và hồng ngoại nhằm điều trị và phòng bệnh.

4.2. **Hồng ngoại trị liệu:**

4.2.1. *Tác dụng sinh lý:*

- Giãn mạch, lưu thông máu
- Giảm đau
- Tạo cảm giác
- Giúp mọc mô hạt và tăng thân nhiệt

4.2.2. *Chỉ định:*

- Giảm đau, giãn cơ, tăng lưu thông máu
- Chống viêm như viêm dây thần kinh
- Thoái hóa khớp

4.2.3. *Chống chỉ định:*

- Vùng da mất cảm giác
- Một số bệnh ngoài da
- Say nắng, say nóng
- Không chịu nóng

5. **Điện trị liệu:**

5.1. **Dòng điện xung trung tần trị liệu:**

5.1.1. *Tác dụng sinh lý:*

- Kích thích cơ và thần kinh
- Giảm đau
- Tăng cường lưu thông máu

5.1.2. *Chỉ định:*

- Giảm đau ở các bệnh cơ xương khớp, thần kinh
- Yếu liệt

5.2. **Siêu âm trị liệu:**

5.2.1. *Tác dụng sinh lý:*

- Oxy hóa khử tăng lên ở vùng cơ thể được trị liệu
- Tăng cung cấp máu
- Điều phối cơ và cải thiện dinh dưỡng
- Dịu đau

5.2.2. *Chỉ định*: Đau khớp, trạ̣m thượng, việm, đị̃nh, xơ đị̃nh

5.2.3. *Chộ́ng chỉ đị̃nh*:

- Việm tặ́c độ́ng mạch nặ̣ng
- U ạ́c tị̃nh
- Cạ́c đậ̀u xượng, nặo, tim
- Vụ̀ng da mậ́t cạ́m giạ́c
- Có thạ́i./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Hặy trị̃nh bạ̀y tẹ̃n cụ̉a 7 phượng thự́c điệ̀u trị̃ VLTL-PHCN?
2. Vậ̣n độ́ng trị̃ liệ̣u: Hặy trị̃nh bạ̀y tạ́c dụ̣ng sinh lý, chỉ đị̃nh?
3. Hoạ̣t độ́ng trị̃ liệ̣u: Hặy trị̃nh bạ̀y tạ́c dụ̣ng sinh lý, chỉ đị̃nh?
4. Chượ̀m nộ́ng: Hặy trị̃nh bạ̀y tạ́c dụ̣ng sinh lý, chỉ đị̃nh?
5. Siệu âm trị̃ liệ̣u: Hặy trị̃nh bạ̀y tạ́c dụ̣ng sinh lý, chỉ đị̃nh?
6. Điệ̣n trị̃ liệ̣u: Hặy trị̃nh bạ̀y tạ́c dụ̣ng sinh lý, chỉ đị̃nh?
7. Ạ́nh sạ́ng trị̃ liệ̣u: Hặy trị̃nh bạ̀y tạ́c dụ̣ng sinh lý, chỉ đị̃nh?
8. Chượ̀m lậ̣nh: Hặy trị̃nh bạ̀y tạ́c dụ̣ng sinh lý, chỉ đị̃nh?

Bài 3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHO NGƯỜI BỆNH THẦN KINH TRUNG ƯƠNG

MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, triệu chứng, hậu quả, nguyên tắc và mục đích PHCN của liệt nửa người.
- 1.2. Trình bày được các phương pháp PHCN cho liệt nửa người.
- 1.3. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, một số dấu hiệu nhận biết sớm trẻ bại não.

2. Kỹ năng

Áp dụng được các kiến thức và kỹ năng phục hồi chức năng về ban đầu cho bệnh nhân.

3. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa:

Liệt nửa người là liệt một tay, một chân cùng bên có thể kèm theo liệt mặt đối bên hay cùng bên với bên liệt.

2. Nguyên nhân:

- Tai biến mạch máu não: Xuất huyết não, co thắt mạch não, tắc nghẽn mạch não.
- Viêm nhiễm: Viêm não, viêm màng não.
- U: U não.
- Bệnh mạch máu não: Phình động mạch não.
- Chấn thương: Chấn thương sọ não.

3. Triệu chứng:

Tùy theo nguyên nhân mỗi bệnh nhân có triệu chứng khác nhau với các mức độ khác nhau. Các triệu chứng chung nhất:

- Liệt: Liệt một tay, một chân cùng bên có thể có liệt mặt đối bên hoặc cùng bên với bên liệt, ban đầu liệt mềm sau chuyển thành liệt cứng.
- Rối loạn cảm giác: Tê, buồn, đau, rát, nhức cùng bên với bên liệt, khả năng cảm thụ bản thể và cảm giác nhận biết về đồ vật giảm.
- Có thể có hôn mê hoặc không
- Tâm thần: Có thể có hoặc không có rối loạn tâm thần sau tai biến
- Ngôn ngữ: Tùy thuộc tổn thương của bệnh nhân có biểu hiện bất thường về ngôn ngữ như khó nói, khó diễn đạt ngôn ngữ, hiểu ngôn ngữ khó khăn.

4. Hậu quả:

- Liệt nửa người: Làm giảm các khả năng vận động sinh hoạt, lao động, di chuyển
- Rối loạn tâm lý, tâm thần: Khả năng hoạt động trí tuệ giảm, khó tính, khả năng thích nghi xã hội giảm, khó khăn hòa nhập cộng đồng.
- Thất ngôn: Bệnh nhân khó khăn trong giao tiếp.

- Giảm hoặc mất khả năng nghề nghiệp dẫn đến khó khăn về việc làm, thu nhập kinh tế giảm

- Loét do nằm lâu
- Co rút các cơ do liệt làm khó khăn vận động
- Khả năng độc lập giảm, sống phụ thuộc vào người khác

5. Phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt nửa người:

5.1. Nguyên tắc của PHCN:

- Phục hồi sớm: Ngay sau khi xảy ra tai biến
- Kết hợp các chuyên ngành cùng điều trị: Nội khoa, phục hồi chức năng, tâm lý trị liệu, ngôn ngữ trị liệu,...

Tùy theo mỗi giai đoạn bệnh mà có các kỹ thuật khác nhau, phát huy cao độ tính độc lập chủ động, tập luyện phục hồi của bệnh nhân để hội nhập vào cộng đồng và gia đình

5.2. Mục đích PHCN:

- PHCN vận động, sinh hoạt, di chuyển
- PHCN tiếng: Để nghe, hiểu, nói được
- Hướng nghiệp: Để bệnh nhân chọn nghề thích hợp
- Tái hòa nhập vào xã hội

5.3. Các phương pháp PHCN:

5.3.1. PHCN vận động giai đoạn đầu:

* Vị trí bệnh nhân trên giường:

Thực hiện tư thế tốt cho bệnh nhân ngừa co rút, biến dạng, loét, đặt bệnh nhân:

- Tư thế nằm ngửa
- Tư thế nằm nghiêng bên lành
- Tư thế nằm nghiêng bên liệt

* Nằm nghiêng bên liệt là tốt nhất:

- Đầu có gối đỡ
- Tay liệt: Khớp vai đưa ra trước tạo với thân một góc 90 độ, cánh tay duỗi, cẳng tay xoay ngửa

- Chân liệt: Khớp háng duỗi, gối gấp 10 độ
- Thân mình ngửa ra sau 45 độ (có gối đỡ)
- Chân lành có gối đỡ ngang thân
- Tay lành để lên thân mình hoặc đùi

* Nằm ngửa:

- Đầu có gối, quay mặt sang bên liệt
- Vai, hông bên liệt kê gối mỏng
- Bàn chân liệt vuông góc với cẳng chân, kê gối không để bàn chân đổ
- Tay chân bên lành để ở tư thế thoải mái

* Nằm nghiêng bên lành:

- Đầu có gối đỡ
- Tay liệt: Gối đỡ ngang thân, tay duỗi tạo với thân một góc 100 độ

- Chân liệt: Gối đỡ ngang thân, khớp gối và khớp háng gập 15-20 độ
- Thân người vuông góc với mặt giường
- Tay lành ở tư thế thoải mái
- Chân lành: Khớp háng duỗi, khớp gối gập khoảng 15-20 độ.

Thay đổi tư thế 2 giờ/ lần, giường bệnh nhân nên để ở vị trí mà người săn sóc có thể đến các từ các phía, các đồ dùng đặt phía bên liệt.

5.3.2. Các bài tập giai đoạn đầu:

Bệnh nhân hôn mê: Tập thụ động tất cả các chi phòng ngừa teo cơ cứng khớp.

Bệnh nhân tỉnh:

- Tập lăn, nghiêng phải, trái tại giường
- Tay lành tập vận động tay liệt.
- Tập dồn trọng lượng lên chân liệt
- Tập kỹ thuật bắt cầu

5.3.3. PHCN vận động giai đoạn tiếp theo:

- Tập ngồi dậy, ngồi dậy có trợ giúp
- Tập ngồi thẳng bằng ở vị thế ngồi: Tập phản ứng thẳng bằng sang phải, trái, ra trước, ra sau, thẳng bằng ở vị thế ngồi, bệnh nhân bắt bóng hoặc di chuyển để lấy đồ vật khi kỹ thuật viên hay người nhà đưa.
- Tập đứng dậy từ vị thế ngồi: Bệnh nhân tập đứng có trợ giúp nhiều hoặc ít.
- Tập thẳng bằng với vị thế đứng: Tập vận động ở vị thế đứng dồn trọng lượng lần lượt sang hai chân, sang chân liệt, tập đi trên đường thẳng sau đó đi lên xuống bậc thang.

5.3.4. Phục hồi chức năng sinh hoạt:

- Mặc cởi áo: Hướng dẫn bệnh nhân liệt nửa người cách mặc áo là lấy tay lành luồn tay liệt vào ống tay áo sau đó luồn tay lành và mặc áo.
- Cách cởi áo: Hướng dẫn bệnh nhân Tay lành cởi khuy áo tay lành kéo vai liệt trước vai lành sau, rút tay lành ra khỏi áo rồi đến tay liệt.
- Mặc quần: Ngồi bắt chân liệt lên chân lành, xỏ ống quần cho bên liệt sau đó xỏ ống quần bên lành rồi đứng dậy kéo quần lên.
- Cởi quần: Đứng cởi khuy quần và khóa quần xuống sau đó ngồi xuống bắt chéo chân liệt lên chân lành kéo quần ra rồi bắt chéo chân lành trên chân liệt kéo quần nốt ra.

5.3.5. Phục hồi chức năng tiếng:

Khi có bệnh nhân bị rối loạn chức năng nghe, hiểu cần huấn luyện cho bệnh nhân hiểu ngôn từ, dạy bệnh nhân phân biệt từ đơn giản đến phức tạp.

Khi có bệnh nhân rối loạn chức năng diễn đạt ngôn ngữ: Kỹ thuật viên chỉ vào tranh vẽ, ảnh và phát âm huấn luyện bệnh nhân nói theo, ban đầu từng từ sau đến từng câu và sau đó nhiều câu, khi bệnh nhân nói được khuyến khích các hoạt động giao tiếp để phục hồi.

5.3.6. Phục hồi chức năng tâm lý, tâm thần:

Khi tâm lý, tâm thần bị rối loạn cần kết hợp thăm khám bác sĩ chuyên khoa để có kế hoạch điều trị tâm lý, tâm thần phối hợp.

5.3.7. Tái hòa nhập xã hội và hướng nghiệp:

- * Huấn luyện bệnh nhân làm được các công việc tự phục vụ cá nhân
- * Huấn luyện bệnh nhân tập luyện các công việc nội trợ gia đình
- * Khuyến khích các hoạt động giao tiếp xã hội để tái hòa nhập xã hội
- * Tư vấn cho bệnh nhân lựa chọn nghề nghiệp phù hợp với khả năng để có thu nhập kinh tế.

6. Nhiệm vụ của người cán bộ y tế:

- Phát hiện các nhu cầu cần phục hồi
- Giới thiệu đi khoa PHCN để phối hợp điều trị hoặc mời khoa PHCN đến để điều trị kết hợp
- Bố trí thời gian hợp lý để bệnh nhân có đủ thời gian đi điều trị ở khoa PHCN
- Cung cấp các dụng cụ cần thiết để bệnh nhân tập luyện
- Hướng dẫn bệnh nhân tập luyện các kỹ năng đơn giản về vận động
- Hướng dẫn bệnh nhân tự thay quần áo, vs cá nhân để nâng cao khả năng độc lập
- Hướng dẫn người nhà biết cách giao tiếp khi bệnh nhân thất ngôn
- Động viên giải tỏa tâm lý căng thẳng về bệnh tật
- Nhắc nhở bệnh nhân tích cực tập luyện tại bệnh phòng./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Hãy nêu 7 hậu quả thường gặp ở bệnh nhân liệt nửa người?
2. Hãy nêu nguyên tắc PHCN cho bệnh nhân liệt nửa người?
3. Hãy nêu mục đích PHCN cho bệnh nhân liệt nửa người?
4. Hãy trình bày tư thế đúng nằm nghiêng bên liệt cho bệnh nhân liệt nửa người?
5. Hãy trình bày các bài tập PHCN cho bệnh nhân liệt nửa người ở giai đoạn đầu?
6. Hãy trình bày các bài tập PHCN cho bệnh nhân liệt nửa người ở giai đoạn tiếp theo?
7. Hãy trình bày các bài tập PHCN sinh hoạt cho bệnh nhân liệt nửa người?
8. Hãy trình bày các BT PHCN cho BN liệt nửa người để họ tái hòa nhập vào cộng đồng?
9. Hãy trình bày các nhiệm vụ của người cán bộ y tế đ/với bệnh nhân liệt nửa người?
10. Hãy trình bày PP PHCN tiếng cho bệnh nhân liệt nửa người?

Bài 4. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHO NGƯỜI BỆNH THẦN KINH NGOẠI BIÊN

MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các triệu chứng khi tổn thương thần kinh ngoại biên.
- 1.2. Trình bày được mục đích và phương pháp PHCN cho tổn thương thần kinh ngoại biên.

2. Kỹ năng

Áp dụng được các kiến thức và kỹ năng phục hồi chức năng về ban đầu cho bệnh nhân.

3. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

NỘI DUNG

1. Đại cương:

- Tổn thương dây thần kinh ngoại biên do nhiều nguyên nhân:
 - + Do viêm nhiễm: Viêm đa dây thần kinh, viêm dây thần kinh, viêm đa rễ dây TK
 - + Do chấn thương: Có thể làm đứt, giập, kéo giãn dây thần kinh...
- Cần điều trị đúng nguyên nhân và phối hợp vật lý trị liệu
- VLTL-PHCN là một trong những phương pháp tốt có hiệu quả nhất trong việc điều trị tổn thương thần kinh ngoại biên.

2. Triệu chứng:

Khi bị tổn thương hoặc có biểu hiện bệnh lý thần kinh ngoại biên những triệu chứng chung nhất thường gặp:

- Liệt: Liệt mềm các cơ do các dây, rễ thần kinh chi phối
- Rối loạn cảm giác: Tùy theo định khu chi phối, các biểu hiện cảm giác thường là đau, nhức, mủi, tê bì, rát bỏng, giảm hoặc mất cảm giác nóng lạnh....
- Rối loạn dinh dưỡng: Teo cơ teo tổ chức liên kết vùng do rễ, dây thần kinh chi phối.

3. Điều trị:

Phải tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh

- Đứt dây thần kinh: Phẫu thuật nối dây thần kinh sau chấn thương
- Đè ép: Mổ bóc tách sự đè ép của tổ chức vào dây thần kinh
- Viêm nhiễm: Điều trị viêm nhiễm tùy thuộc nguyên nhân gây bệnh

4. Phục hồi chức năng:

4.1. Mục đích:

- Duy trì lực cơ
- Duy trì tầm vận động khớp
- Tái rèn luyện vận động cảm giác

4.2. Phương pháp PHCN:

4.2.1. *Ngừa biến dạng chi:* Cần đặt các **máng nẹp** để ngừa co rút. Tổn thương thần kinh gây liệt làm mất thăng bằng các nhóm cơ đối xứng nhau dẫn tới hiện tượng nhóm cơ khỏe lực cơ mạnh hơn nhóm cơ yếu liệt làm co rút biến dạng chi.

Ví dụ:

- + Tổn thương TK quay dùng máng nẹp hoạt động hỗ trợ cơ duỗi cẳng tay tránh bàn tay rũ
- + Tổn thương thần kinh trụ dùng máng trụ hoạt động
- + Bàn chân rũ dùng máng ngửa rũ bàn chân hoặc đai nâng bàn chân

4.2.2. *Sung nề hoặc teo nhẽo:*

- **Nhiệt ẩm** kết hợp với xoa bóp nhẹ nhàng vùng tổn thương do dây thần kinh chi phối

- **Siêu âm:** Có thể dùng siêu âm dưới nước hoặc dùng siêu âm có xoa kem . Cường độ dùng liều nhẹ 0,05W/cm². Thời gian 5 phút đợt 10 ngày.

- **Gavanic:** Dùng dòng điện 1 chiều đều, cực dương đặt trên vùng đau, vùng teo nhẽo, cực âm đặt đối bên hoặc bên cạnh. Thời gian 10 phút/lần/ngày, đợt 2 tuần.

- **Vi sóng:** Dùng liều nhẹ ngày 1 lần, 5-10 phút đợt 10 ngày.

4.2.3. *Duy trì tối đa tầm hoạt động khớp:*

Tùy bậc cơ bị liệt mà lựa chọn tập thụ động (bậc cơ 0-1), tập trợ giúp (bậc cơ 2), tập tự do (bậc cơ 3), tập đề kháng (bậc cơ 4).

4.2.4. *Gia tăng sức mạnh của các nhóm cơ liệt*

- **Thể dục điện**

- **Thực hiện kỹ thuật tập luyện**

- **Tập gia tăng lực cơ bằng tạ, dụng cụ, lò xo, dây chun.**

4.2.5. *Tái rèn luyện chức năng vận động:*

Thông qua chương trình tập vận động và hoạt động trị liệu, tập luyện thực hiện các chức năng sinh hoạt lao động.

5. **Nhiệm vụ của người cán bộ y tế:**

- Thực hiện tốt chăm sóc cho bệnh nhân tổn thương thần kinh
- Thực hiện tốt các y lệnh thuốc
- Giới thiệu các bệnh nhân đi khám và điều trị kết hợp với khoa PHCN
- Bố trí thời gian, phương tiện để bệnh nhân đến khoa PHCN điều trị
- Nhắc nhở bệnh nhân tập luyện tích cực tại khoa
- Hướng dẫn những kỹ thuật tập luyện đơn giản./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Hãy trình bày nguyên nhân và triệu chứng của tổn thương TK ngoại biên?
2. Hãy trình bày mục đích của PHCN trong tổn thương TK ngoại biên?
3. Hãy trình bày 4 phương thức điều trị bằng VLTL chữa sung nề teo nhẽo trong tổn thương TK ngoại biên?

Bài 5. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHO NGƯỜI GỠ XƯƠNG

MỤC TIÊU BÀI HỌC

1.1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các biến chứng thường và ít gặp của gãy xương.
- 1.2. Trình bày được quy trình kỹ thuật vật lý trị liệu đơn giản để PHCN cho người gãy xương.

1.2. Kỹ năng

Áp dụng được các kiến thức và kỹ năng phục hồi chức năng về ban đầu cho bệnh nhân.

1.3. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

NỘI DUNG

1. Đại cương:

1.1. Định nghĩa:

Gãy xương là loại tổn thương ảnh hưởng tới sự toàn vẹn của xương

1.2. Nguyên nhân:

- Do chấn thương: Tai nạn lao động, giao thông trong sinh hoạt
- Do bệnh lý: Viêm xương tủy, lao xương, loãng xương, ung thư xương
- Do bẩm sinh

1.3. Biến chứng: Tùy tổn thương có thể có các biến chứng sau:

1.3.1. Biến chứng thường gặp:

- Teo cơ: Do bất động để liền xương đều gây teo cơ
- Co rút cơ: Hay gặp sau tháo bột các cơ hay gặp là cơ nhị đầu, cơ tứ đầu đùi, gân asin... Làm hạn chế tầm vận động gây khó khăn di chuyển, sinh hoạt.
- Hạn chế tầm vận động khớp: Do co rút cơ, do kết dính tại khớp làm cứng khớp.
- Sudeck: Sưng nề hoặc teo nhỏ tổ chức vùng chi gãy
- Khó khăn sinh hoạt: Do gãy tay làm hạn chế khả năng vận động của tay

1.3.2. Biến chứng ít gặp:

- Khớp giả: Do can không kín hình thành khớp giả
- Lệch trục chi: Sẽ ảnh hưởng tới chức năng vận động
- Xương chậm liền: Qua thời gian trung bình để liền xương, xương vẫn chưa liền
- Viêm xương: Do bị nhiễm khuẩn gây viêm xương

Các biến chứng trên nếu được điều trị kết hợp với VLTL-PHCN thường ngăn ngừa và khắc phục chất lượng điều trị tốt hơn, thời gian liền xương nhanh hơn.

2. Vật lý trị liệu - phục hồi chức năng:

2.1. Trường hợp gãy xương trước bó bột và trước phẫu thuật:

Các trường hợp chi sưng to nên các bác sĩ thường cho bệnh nhân vào viện nằm chờ bớt sưng mới thực hiện kéo nắn, bó bột hoặc phẫu thuật. Thời gian này thường kéo dài 2- 4 ngày tùy bệnh nhân.

Người cán bộ y tế cần làm:

- **Đặt chi gãy lên cao:** Bằng cách đặt chi gãy lên khung Braun hoặc chi gãy gác lên cao để tuần hoàn máu lưu thông dễ hơn.

- **Chườm lạnh:** Dùng nước đá cho vào túi chườm hoặc túi nilon, chườm vào vùng chi gãy giúp co mạch, giảm sưng, giảm đau.

- **Co cơ tĩnh nhẹ nhàng các cơ vùng chi gãy dưới ngưỡng đau:** Giúp làm tan máu tụ ngừa kết dính ở cơ khớp, cải thiện tuần hoàn vùng chi gãy làm giảm sưng, giảm đau.

2.2. Trường hợp bó bột hoặc kéo tạ sau kéo nắn chỉnh hình:

Bệnh nhân sau khi kéo nắn được bó bột có thể ở lại khoa hoặc về nhà. Cần hướng dẫn thực hiện tốt điều trị PHCN sẽ ngừa được các biến chứng trên.

2.2.1. Mục đích PHCN:

- Giảm sưng cải thiện tuần hoàn chi gãy
- Giảm đau
- Phòng ngừa teo cơ, co rút cơ, cứng khớp
- PHCN sinh hoạt, di chuyển

2.2.2. Phương pháp PHCN:

- Đặt chi gãy lên cao để dễ lưu thông tuần hoàn, giảm sưng chi gãy.
- Cố định chắc vùng chi gãy bằng bột tránh di lệch xương
- Phòng ngừa teo cơ, co rút cơ, cứng khớp: Tập mạnh các chi lành bằng tạ, lò xo, dây chun,... chi gãy tập co cơ tĩnh trong bột
- PHCN sinh hoạt, di chuyển
 - + Phục hồi chức năng sinh hoạt: Hướng dẫn các kỹ thuật PHCN sinh hoạt khi bệnh nhân bị bó bột như kỹ thuật mặc, cởi quần áo, ăn uống, vệ sinh cá nhân.
 - + PHCN di chuyển: Khi gãy chân bệnh nhân có thể di chuyển ngay sau khi bó bột khô với sự trợ giúp bằng nạng, gậy, kỹ thuật đi tăng dần chịu sức nặng trên chi gãy.

2.3. PHCN sau tháo bột:

Có nhiều biến chứng cho chi gãy sau tháo bột.

2.3.1. Mục đích:

- Cải thiện tuần hoàn, điều trị hội chứng sudeck
- Phục hồi cơ teo vùng chi gãy
- Kéo dẫn cơ vùng chi bó bột bị co rút
- Gia tăng tầm vận động khớp
- PHCN sinh hoạt, di chuyển

2.3.2. Phương pháp PHCN:

* *Điều trị hội chứng sudeck và vùng cơ teo:*

- Chườm ấm vùng chi có rối loạn tuần hoàn bằng nước ấm, hồng ngoại, bó parafin 10-15 phút/lần, ngày 2-3 lần
- Xoa bóp vùng chi có hội chứng sudeck ngày 2-3 lần
- Thẻ đục điện vùng cơ teo yếu ngày 1 lần 10 phút

- Tập mạnh các cơ teo yếu bằng tạ, lò xo, hàng ngày tập luyện nhiều lần
- Siêu âm, sóng ngắn điều trị vào vùng có hội chứng sudeck
- * *Kéo giãn cơ vùng bó bột bị co rút:*

Cơ vùng bó bột thường bị co rút như cơ tứ đầu đùi, cơ nhị đầu cánh tay, gân asin làm hạn chế tầm vận động khớp dẫn đến khó khăn di chuyển, sinh hoạt bằng cách thực hiện kỹ thuật kéo giãn giữ nghỉ hoặc co nghỉ.

* *Gia tăng tầm vận động khớp:* Tập tăng dần tầm vận động khớp bằng kỹ thuật vận động trợ giúp dưới ngưỡng đau.

* *PHCN sinh hoạt:* Tập luyện tăng cường các chức năng qua các hoạt động trị liệu.

* *PHCN di chuyển:* Huấn luyện đi, đứng, sửa dáng đi xấu.

3. PHCN sau phẫu thuật mổ gãy xương:

3.1. Mục đích:

- Giảm sưng nề
- Ngừa biến chứng phổi
- Ngừa teo cơ, cứng khớp
- Phục hồi di chuyển, sinh hoạt

3.2. Phương pháp:

- Ngừa biến chứng phổi: Ngồi dậy sớm sau mổ, tập hít vào thở ra sâu, khạc đờm rãi tăng tiết làm sạch đường hô hấp.

- Giảm sưng nề: Đặt tư thế cao kết hợp vận động các cơ ở ngón chi và cơ cơ tĩnh vùng chi mổ.

- Ngừa teo cơ cứng khớp: + Tập vận động mạnh các chi lành
+ Tập nhẹ nhàng dưới ngưỡng đau chi bệnh

- Phục hồi di chuyển: Hướng dẫn tập đi bằng nạng không chịu sức nặng trên chi gãy và tăng dần chịu sức nặng.

4. Nhiệm vụ của người cán bộ y tế:

- Hướng dẫn bệnh nhân đặt chi ở tư thế cao
- Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình cách chườm nóng, lạnh
- Hướng dẫn bệnh nhân tập mạnh các chi lành nhằm cải thiện tuần hoàn chuyển hóa, tập cơ cơ tĩnh trong bột chi gãy
- Hướng dẫn bệnh nhân cách dùng nạng, gậy khi di chuyển./.

Câu hỏi lượng giá

1. Hãy nêu 5 biến chứng thường gặp của gãy xương?
2. Hãy nêu 3 kỹ thuật VLTL-PHCN cho gãy xương trước bó bột?
3. Hãy nêu mục đích và phương pháp PHCN cho gãy xương đang bó bột?
4. Hãy nêu mục đích PHCN cho gãy xương sau tháo bột?
5. Hãy nêu phương pháp PHCN cho gãy xương sau tháo bột?

Bài 6. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHO NGƯỜI BỆNH HÔ HẤP, KHỚP XƯƠNG

MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được kỹ thuật phục hồi chức năng cho bệnh hô hấp.
- 1.2. Trình bày được triệu chứng và hậu quả của viêm khớp.
- 1.3. Trình bày được các phương pháp VLTL – PHCN cho bệnh về khớp.

2. Kỹ năng

Áp dụng được các kiến thức và kỹ năng phục hồi chức năng về ban đầu cho bệnh nhân.

3. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

A. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH HÔ HẤP

I. ĐẠI CƯƠNG:

Chức năng của phổi và đường khí phế quản bị bệnh có thể cải thiện tốt hơn thông qua các biện pháp vật lý áp dụng trên bề mặt của lồng ngực. Ngày nay kinh nghiệm về điều trị vật lý lồng ngực đã phát triển và thu được kết quả trong việc điều trị các bệnh khác nhau.

Trong quá trình điều trị phải quan sát các động tác thở bình thường của bệnh nhân:

1. Cơ hoành co lại, nên vùng trên khoang bụng nâng lên.
2. Sự giãn nở hai bên của xương sườn, cũng do kết quả của cơ hoành mà các xương sườn chuyển động lên trên và sang hai bên.
3. Phía trên lồng ngực nâng lên

Ngoài ra phải phát hiện các kiểu thở của người bệnh:

1. Dễ thở: Là tình trạng thở bình thường gồm những chu kỳ hít vào và thở ra đều đặn, lập đi lập lại.
2. Thở mạnh: Là tình trạng hô hấp tăng, thường liên quan đến dung tích lên xuống có kèm theo hoặc không kèm theo tăng dần số hô hấp.
3. Thở nhanh: Tăng tần số thở.
4. Tăng thông khí phổi: Tăng thông khí phế nang liên quan đến tần số chuyển hóa.
5. Ngừng thở ra: Ngừng thở trong thì thở ra.
6. Ngừng thở vào: Ngừng thở trong thì thở vào.
7. Kiểu ngừng thở xen kẽ: Ngừng thở ở thì hít vào xen kẽ với thở ra có chu kỳ.
8. Thở kiểu Cheynes-stokes: Những chu kỳ tăng dung tích lên xuống theo sau là giảm dung tích lên xuống.

9. Thở kiểu Biot: Một chuỗi những động tác thở hỗn hển sau đồng nhất, ngừng thở và sau đó lại thở hỗn hển.

Bất cứ bệnh nhân nào có kiểu thở bất thường hay phải cố gắng thở sẽ được điều trị. Thở đúng sẽ giúp cho bệnh nhân tăng chịu đựng với tập luyện và trạng thái thư giãn. Thư giãn cũng là một trong những yếu tố quan trọng nhất cho hô hấp đúng, cần hướng dẫn trước khi thực hiện các bài tập về hô hấp. Nếu bệnh nhân quá lo lắng căng thẳng thì bệnh nhân không thể nào thở đúng được.

Trong phục hồi chức năng phổi, ngoài sử dụng các bài tập thở, tư thế dẫn lưu, cần sử dụng một số kỹ thuật khác như vỗ, rung lồng ngực, trợ giúp ho, các kỹ thuật này được sử dụng khi có chỉ định.

II. MỘT SỐ KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ VẬT LÝ LỒNG NGỰC VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG PHỔI:

1. Kỹ thuật dẫn lưu tư thế:

1.1. Mục đích phòng bệnh:

- Bệnh nhân phải dùng liên tục máy hô hấp vì những bệnh nhân này có nguy cơ bị xẹp phổi và viêm do ứ đọng.
- Bệnh nhân nào phải nằm giường lâu ngày, đặc biệt là những bệnh nhân có nguy cơ bệnh phổi mãn tính, những bệnh nhân bất động sau mổ hoặc có vết mổ ở bụng, ngực.
- Bệnh nhân có tăng tiết đờm rãi như bệnh giãn phế quản hay bệnh xơ nang.
- Những bệnh nhân có khuynh hướng hạn chế hô hấp do đau, vì vậy giảm thông khí. Ở những bệnh nhân này có những cơn ho không tiết đờm ra được.
- Những bệnh nhân phải thở gắng sức.

1.2. Mục đích điều trị:

- Bệnh nhân có xẹp phổi do ứ chất tiết làm tắc sự đi của không khí.
- Bệnh nhân có áp xe phổi được dẫn lưu.
- Bệnh nhân bị viêm phổi, mặc dù điều trị bằng kháng sinh là quan trọng nhất, nhưng dẫn lưu sẽ giúp cho quá trình thông sạch ứ đọng nhanh và hiệu quả hơn.
- Những bệnh nhân cần kiểm soát được dịch nhầy trước và sau phẫu thuật.
- Bệnh nhân trong tình trạng như dùng quá liều thuốc, u thân não hoặc hôn mê.

Bất cứ bệnh nhân thân kinh nào bị suy yếu toàn thể có sự không phối hợp giữa cơ chế nuốt và cơ chế ho.

- Bất kỳ bệnh nhân nào có dùng hô hấp nhân tạo mà không có khả năng duy trì thông đường phổi.

1.3. Kỹ thuật dẫn lưu:

1.3.1. Chuẩn bị tư thế:

Phải thu thập những thông tin cần thiết

- Vùng nào là vùng phải coi trọng nhất?
- Tình trạng của bệnh nhân ra sao?
- Khi nào là lúc điều trị tốt nhất?
- Làm thế nào để có thể điều trị tốt nhất?

Chuẩn bị bệnh nhân

- Nói lỏng những quần áo chật, đặc biệt là xung quanh cổ và lưng.
- Giải thích cho bệnh nhân về cách chữa một cách đơn giản nhưng phải đầy đủ.
- Hãy tạo ra một không khí thoải mái, dễ chịu và tin tưởng với bệnh nhân.
- Phải quan sát cẩn thận tất cả các ống thông hoặc bất cứ các dây nối nào dùng trên người bệnh nhân.
- Hãy điều chỉnh các ống để khỏi xô dịch khi thay đổi tư thế người bệnh.
- Đảm bảo có vừa đủ số nhân viên để thay đổi tư thế người bệnh làm sau đỡ gây các phiền phức cho cả người bệnh và nhân viên.
- Đối với bệnh nhân nặng hoặc chưa ổn định, phải kiểm tra mạch và huyết áp trước khi điều trị để làm hồ sơ theo dõi.
- Nếu bệnh nhân muốn ho hoặc muốn khạc đờm rãi hãy để cho bệnh nhân ho và hút đờm rãi trước khi dẫn lưu.
- Nếu phải thay đổi nhiều lần các tư thế những biện pháp trên vẫn phải được lập lại.

1.3.2. Tiến hành điều trị:

- Người điều trị nên đứng phía trước mặt bệnh nhân trong khi dẫn lưu tư thế, có thể quan sát tất cả những thay đổi một cách nhanh chóng. Chú ý không để bệnh nhân ho trực tiếp vào điều trị viên, vì vậy phải đeo khẩu trang, khăn che mũi miệng và các biện pháp khác.
- Đặt bệnh nhân đúng tư thế dẫn lưu Ví dụ: Bệnh nhân có tình trạng huyết áp không ổn định nên không nghiêng giường dốc mà để bằng, chỉ thay đổi tư thế bản thân người bệnh thôi.
- Đặt bệnh nhân ở tư thế phải được duy trì ít nhất 5-10 phút bệnh nhân chịu được. Nếu người bệnh có khối lượng chất ứ đọng lớn và đặc thù thời gian dẫn lưu có thể lâu hơn. Nếu phải điều trị nhiều tư thế khác nhau, tổng thời gian nên giới hạn khoảng 30-40 phút là tốt nhất vì để lâu hơn sẽ làm bệnh nhân mệt. Nếu phải điều trị nhiều vùng khác nhau nên chia ra một số vùng điều trị vào buổi sáng, một số vùng điều trị vào buổi chiều, không nên điều trị tất cả các vùng vào một lúc. Nên điều trị những vùng quan trọng nhất vào buổi sáng.
- Nói chung, kỹ thuật vỗ, rung và tập thở nên phối hợp làm luôn khi điều trị, nếu không có chống chỉ định đặc hiệu.

- Sau điều trị để bệnh nhân ngồi dậy từ từ, cho bệnh nhân thở sâu và ho. Nên nhớ rằng các chất dịch không tống ra ngay sau khi điều trị, mà thường sau 30 phút đến 1 giờ, cho nên phải nhắc bệnh nhân ho khạc ra.

- Người điều trị có thể quyết định thời gian để bệnh nhân ở tư thế dẫn lưu, đến giờ quy định là điều chỉnh giường trở lại tư thế bình thường. Người điều trị luôn ở gần bệnh nhân để quan sát theo dõi và giúp đỡ bệnh nhân.

- Những điều nhận xét về tư thế, kết quả điều trị phải ghi chép lại và trao đổi với bác sỹ, y tá và các nhân viên điều trị khác.

1.4. Đánh giá kết quả điều trị:

a. *Về nghe:* Tiếng phổi có tăng và đều cả hai bên không?

b. *Khám lồng ngực bằng tay,* hai bên ngực, có di động đều nhau không? Có sự khác nhau, sự chậm, cơ cơ do đau tăng lên,...

c. *Ho có kết quả không?* Chất nhầy ho ra bao nhiêu? Chất tiết loãng hay đặc? Có chỉ định điều trị bằng máy móc gì không? Sự phối hợp điều trị đã tốt chưa? Liều điều trị có tiến triển lên không? Người điều trị có cần tiếp tục hướng dẫn cho bệnh nhân nữa không?

d. *Ý kiến của bệnh nhân* đối với việc điều trị này như thế nào?

e. *Các dấu hiệu về thông số hô hấp* của bệnh nhân ra sao?

g. *Phim xquang phổi* có tốt hơn không?

h. *So sánh các nhận định* của mình với kết quả của bác sỹ và kỹ thuật viên khác.

1.5. Chương trình tại nhà cho bệnh nhân:

Chương trình tại nhà bao gồm những biện pháp hướng dẫn bệnh nhân tự chăm sóc mình, có trách nhiệm với sức khỏe của chính mình. Lúc đầu nói cho họ rõ khái niệm, lợi ích của các tư thế dẫn lưu, sau đó về cách đặt các tư thế thích ứng. Như vậy, thực tế ta đã giúp người bệnh trở thành một thành viên của đội điều trị.

Khi áp dụng tư thế dẫn lưu ở nhà , ta nên chú ý:

1. Không nên kéo dài hơn 30-40 phút cho toàn bộ chương trình.
2. Nên tiến hành điều trị vào buổi sáng trước lúc ăn sáng. Nếu cần điều trị thêm có thể làm vào buổi tối, tốt nhất vào trước lúc đi ngủ 1-1,5 giờ.
3. Hướng dẫn cho bệnh nhân tự vỗ và tập thở khi dẫn lưu.
4. Hướng dẫn cho người nhà bệnh nhân để giúp đỡ bệnh nhân trong trường hợp yếu hay cần điều trị thêm.
5. Hướng dẫn cho bệnh nhân cách theo dõi dịch đờm như khối lượng, màu sắc, mật độ báo cho người điều trị biết.

2. Kỹ thuật vỗ lồng ngực:

2.1. Mục đích:

Kỹ thuật vỗ áp dụng trên thành ngực ở vị trí tương ứng với các phân thùy phổi có chỉ định bằng dẫn lưu.

Mục đích của kỹ thuật là làm rung cơ học và làm long đờm ứ đọng. Vỗ sẽ tạo nên các sóng cơ học tác động qua thành ngực và truyền vào phổi.

2.2. Kỹ thuật vỗ:

- Bàn tay của kỹ thuật viên (KTV) chụm lại, các ngón khép lại khi vỗ sẽ tạo được một đệm không khí giữa tay và thành ngực để loại trừ những kích thích không thoải mái.

- Vai, khuỷu, cổ tay người điều trị phải giữ ở trạng thái thoải mái dễ dàng và mềm mại, không lên gân. Bàn tay luôn ở tư thế chụm lại.

- Hai tay vỗ nhịp nhàng và di chuyển trên thành ngực với lực đều nhau. Yếu tố thư giãn trên người bệnh là do nhịp điệu và tốc độ đều khi vỗ.

- Tốc độ vừa phải bệnh nhân dễ chấp nhận hơn.

- Không cần thiết phải vỗ mạnh quá, hiệu quả thể hiện khi vỗ chụm bàn tay chứ không phải do sức mạnh. Không nên gây đau và khó chịu cho bệnh nhân.

- Người điều trị không cần thiết cứ đứng mãi một chỗ nhất định để vỗ trong suốt thời gian điều trị. Bàn tay nên di chuyển vỗ lên trên, xuống dưới hay xung quanh theo kiểu vòng tròn. Không vỗ lung tung khắp lồng ngực người bệnh.

- Khi đã bắt đầu vỗ nên tiếp tục vỗ 3-5 phút, không nên dừng lại một cách vô lý. Nếu người điều trị không giữ được nhịp đều do mệt mỏi hoặc do người bệnh bắt đầu ho, lúc đó có thể chuyển sang rung hoặc ấn ngực.

Ghi chú:

- Không nên để xảy ra hiện tượng đỏ da, nếu có đỏ da và người bệnh kêu khó chịu thì xem lại cách điều trị đã đúng chưa. Nếu đỏ da do mẫn cảm hoặc do điều trị chưa đúng, hoặc vỗ trên lồng ngực da trần thì nên lót một miếng vải mỏng hoặc ga khi vỗ.

- Những bệnh nhân gầy thường thích có vải lót khi vỗ, những bệnh nhân béo mập thích vỗ trực tiếp trên da trần.

- Không nên lót miếng vải dày vì làm cản trở sự truyền sóng cơ học qua thành ngực.

- Không nên vỗ lên các vùng xương nhô hẳn lên như xương đòn, cột sống, xương bả vai, những xương sườn bập bênh.

- Cần thận khi điều trị vùng vú, đặc biệt là ở các cô gái trẻ vì sẽ gây khó chịu cho bệnh nhân. Nếu vú tọ lấy tay đẩy nhẹ sang một bên nếu như cần điều trị vùng thùy giữa.

3. Kỹ thuật rung lồng ngực:

3.1. Mục đích:

Kỹ thuật rung lồng ngực thường được tiến hành khi vỗ xong hoặc xen kẽ trong thời gian dẫn lưu tư thế hoặc xen kẽ với vỗ.

Rung có tính chất cơ học làm long đờm và đờm di chuyển vào phế quản rộng lưu và dễ thoát ra ngoài.

3.2. Kỹ thuật rung:

- Rung và nén chỉ làm vào thì thở ra. Vì vậy yêu cầu bệnh nhân hít vào sâu, hai tay điều trị viên bắt đầu ấn rung nhẹ vào thờ điểm đỉnh cao của thì hít vào và tiếp tục cả thì thở ra. Nếu kiểu thở quá nhanh có thể rung một cách nhịp thở một lần.

- Kỹ thuật rung thực hiện bằng cách căng các cơ toàn bộ từ khớp vai trở xuống bàn tay của KTV.

- Vị trí bàn tay khi rung ngực thay đổi tùy theo từng KTV: có thể hai bàn tay ở hai bên ngực, có thể đặt tay nọ chồng lên tay kia.

Chú ý: Trong thì hít vào, xương sườn di chuyển lên trên và sang bên. Xương ức cũng di chuyển lên trên và làm tăng đường kính trước sau của lồng ngực. Trong khi thở ra, xương sườn di chuyển xuống dưới và vào trong. Nếu bệnh nhân có lồng ngực cứng, không đàn hồi thì gây xương bệnh lý có thể xảy ra. Trong quá trình thực hiện phải quan sát theo dõi bệnh nhân.

4. Tập thở:

4.1. Chỉ định:

- Đau do phẫu thuật, sang chấn.
- Bệnh nhân căng thẳng, lo sợ.
- Phẫu thuật phổi, bụng.
- Các bệnh phổi dù tiên phát hay thứ phát: Co thắt phế quản, tắt đường thở, xẹp phổi, tắt mạch phổi, phù phổi, suy tim có ứ máu phổi, giảm thông khí phổi.
- Hạn chế hô hấp do béo bệu, do các tật của hệ cơ xương, có thai, chứng hơi đầy bụng, các tai biến thứ cấp khi bệnh xơ cứng bì.
- Những bệnh thần kinh có yếu cơ như: Nhược cơ, Guillain- Barré hoặc tổn thương tủy sống.
- Những bệnh nhân thở máy thường có những tình trạng vận động cơ hoành không điều hợp.
- Bệnh nhân suy nhược hay nằm liệt giường có khuynh hướng giảm thông khí và có nguy cơ ứ đọng đờm rãi...

Ở kiểu thở bình thường, cơ hoành và các cơ liên sườn ngoài được sử dụng khi thở nhẹ nhàng. Khi gắng sức, khi lao động mạnh, các cơ hô hấp phụ khác cũng được huy động đó là các cơ ức- đòn- chũm, cơ thang, cơ ngực lớn và cơ cưa trước. Khi thở ra bình thường là cử động thụ động do vai trò của các cơ liên sườn trong. Còn lúc thở ra mạnh gắng sức các cơ thành bụng được huy động đó là cơ thẳng bụng, cơ ngang, cơ chéo ngoài và chéo trong.

Để xác định điều trị đặc hiệu, ta phải đánh giá đúng kiểu thở của bệnh nhân. Quan sát bệnh nhân tốt nhất là dùng cho họ biết. Khi quan sát kỹ thuật thu được một số thông tin:

- Bệnh nhân có thư giãn hay căng thẳng?
- Bệnh nhân có thở đủ không?
- Bệnh nhân có sử dụng cơ hô hấp phụ không?
- Bệnh nhân thích tư thế nào?
- Bệnh nhân có hút thuốc không, có ho mạn tính không?
- Bệnh nhân có nói đủ câu hay cần lấy hơi ở giữa câu?
- Màu sắc da, móng tay và môi có tím không?

- Trong quá trình điều trị, tư thế bệnh nhân phải thoải mái, thư giãn để cho thành bụng và ngực cử động tự do. Bệnh nhân nên hít bằng mũi và thở ra bằng mồm Tuy nhiên có một số bệnh nhân thở quen bằng mồm hoặc do mũi bị nghẹt hoặc bị polip. Vì vậy không nên ép họ thở bằng mũi. Khi điều trị, chỉ ra lệnh cho bệnh nhân những mệnh lệnh ngắn gọn dễ hiểu. Cho bệnh nhân tập trung thời gian ngắn nhưng nhiều lần có hiệu quả hơn tập một lần có thời gian dài.

Có thể hướng dẫn cho bệnh nhân thở bằng cơ hoành, thở một bên sườn hay cả hai bên, các bài tập tăng sức toàn thân hay tăng cường cơ hoành.

4.2. Thở bằng cơ hoành:

Thở cơ hoành là một kiểu thở bình thường trong hô hấp, cơ hoành và các cơ liên sườn ngoài là các cơ của thì thở vào. Trong khi đánh giá khả năng hô hấp của bệnh nhân, người điều trị theo dõi khả năng sử dụng những cơ phụ và cần phải hướng dẫn người bệnh về kỹ thuật thư giãn của các cơ phụ và cơ hoành cho đúng. Hướng dẫn cho bệnh nhân ở các tư thế khác nhau tăng dần từ dễ đến khó để có thể phối hợp và thực hiện các kỹ thuật.

Về trình tự của tư thế như sau:

Nằm ngửa được trợ giúp chắc chắn ở tư thế gối gập 45^0 và khớp háng xoay ngoài.

Biện pháp để hướng dẫn thở cơ hoành

- Giải thích cho bệnh nhân mục đích và mục tiêu của tập thở.
- Để bệnh nhân nằm ngửa ở tư thế thoải mái và chắc chắn.
- Làm mẫu cho bệnh nhân xem và giải thích.

- Đặt một tay hoặc hai tay vào góc sườn hoành theo nhịp thở của bệnh nhân, yêu cầu người bệnh cứ thở bình thường.

Tay KTV nhẹ nhàng ấn xuống và đẩy nhẹ chỉ khi người bệnh thở ra. Cứ để người bệnh thở vào và để ngực kháng lại tay người điều trị.

Sau khi đã làm theo vài nhịp thở như vậy, đến thì thở ra ấn mạnh tay hơn và yêu cầu người bệnh” nào bây giờ thở mạnh đẩy tay tôi lên”, để chuẩn bị cho bệnh nhân hành động theo. Lúc này không nên nhắc bệnh nhân thở bằng mũi, điều quan trọng nhất là hiểu và sử dụng cử động cơ hoành.

- Người điều trị cứ tiếp tục theo nhịp thở ở góc sườn hoành và yêu cầu người bệnh thở căng đẩy lại tay mình.

- Sau đó hỏi bệnh nhân xem có thấy gì khác nhau giữa cách thở đang làm với cách mà bệnh nhân vẫn thở từ trước. Nếu bệnh nhân không thấy gì khác nhau, lúc đó KTV phải tiếp tục lặp lại và mạnh hơn, có thể giải thích thêm cho bệnh nhân cần cảm thấy được sự thay đổi do động tác thở.

- Thấy bệnh nhân thở đúng rồi yêu cầu bệnh nhân thở một mình độc lập. tay bệnh nhân phải đặt đúng chỗ và thời gian giành cho sự tập trung vào việc tập thở. Người điều trị có thể đặt tay mình lên tay bệnh nhân để có thể giúp bệnh nhân biết nhịp thở và trình tự thở.

Chú ý:

- Nên tránh thở một cách ép buộc mạnh, vì như vậy gây xẹp đường hô hấp, khuyến khích bệnh nhân thở mím môi, thư giãn, chậm chạp.

- Nên tránh kiểu thở ra kéo dài quá mức. Thông thường những người bệnh phổi mạn tính có thể đẩy hết mọi không khí ra khỏi phổi. Điều này dẫn đến bệnh nhân dần dần ngày càng thở dốc ra một cách thật sự và kiểu thở có thể trở nên không đều.

- Quan sát kỹ thân bệnh nhân để chắc chắn là bệnh nhân không quá uốn lưng để làm ra vẻ “đẩy” bụng ra phía trước.

- Theo dõi bụng người bệnh, xem phần bụng dưới không bị căng lên.

- Một số bệnh nhân có khuynh hướng sử dụng ngực trên quá mức, ngực trên phải thư giãn tương đối.

- Cần nhắc nhở bệnh nhân thở với thể tích mà họ vẫn thở vì khi tập bệnh nhân sẽ cố gắng thở rất sâu và làm tăng thông khí phổi. bệnh nhân phải tập trung thở một thời gian ngắn để tránh tăng thông khí phổi. Người điều trị phải quan sát mà dấu hiệu mà bệnh nhân phàn nàn như chóng mặt, kiến bò ở ngón tay.

Cần phải hướng dẫn cho bệnh nhân thở ở các tư thế và hoạt động khác nhau, nếu như chỉ hướng dẫn cho bệnh nhân ở tư thế ngồi hoặc nằm ngửa, khi họ đứng dậy hay lên cầu thang thì lại không kiểm tra được kiểu thở. Những khi căng thẳng, bệnh nhân khó có thể nghỉ được rõ ràng và tìm cách làm cho đúng. Hô hấp nói chung là một quá trình tự động, tuy nhiên bệnh nhân gặp khó khăn về hô hấp cần nghỉ trước và có kế hoạch giữ gìn năng lượng, tích trữ sức lực.

Khi bệnh nhân đã hiểu và thực hiện được kiểu thở bằng cơ hoành tốt nên tiến thêm bước nữa ở vị trí ngồi. Ở vị trí ngồi khó hơn nhiều vì thực tế khi nằm bệnh nhân chỉ có

việc tập trung vào kiểu thở mà thôi. Còn khi ngồi, người bệnh cần phải điều chỉnh thẳng bằng, thư giãn khớp và thở.

III. KẾT LUẬN:

Trên đây là những kỹ thuật phục hồi chức năng cơ bản ở người bệnh hô hấp, lồng ngực. Nắm vững kỹ thuật chúng ta có thể áp dụng và hướng dẫn bệnh nhân có thể tự điều trị ở bất cứ nơi nào mà người bệnh cần, đặc biệt là ở các tuyến cơ sở và ở ngay tại nhà của bệnh nhân./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Hãy nêu mục đích phòng bệnh của kỹ thuật dẫn lưu tư thế?
2. Hãy nêu mục đích điều trị của kỹ thuật dẫn lưu tư thế?
3. Hãy nêu 4 vấn đề cần thu thập khi chuẩn bị tư thế để thực hiện kỹ thuật dẫn lưu tư thế?
4. Hãy nêu 9 bước chuẩn bị bệnh nhân trong chuẩn bị tư thế để dẫn lưu tư thế?
5. Hãy nêu 7 bước khi tiến hành kỹ thuật dẫn lưu tư thế?
6. Hãy nêu 7 bước đánh giá kết quả tư thế dẫn lưu?
7. Hãy nêu mục đích của kỹ thuật vỗ lồng ngực?
8. Hãy trình bày kỹ thuật vỗ lồng ngực?
9. Hãy nêu mục đích và kỹ thuật kỹ thuật rung lồng ngực?
10. Hãy nêu chỉ định của kỹ thuật tập thở?

B. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH VỀ KHỚP

1. Đại cương:

Viêm khớp là bệnh hay gặp ở nước ta, bệnh biểu hiện với nhiều loại khác nhau, hình thái lâm sàng phong phú, điều trị bệnh khớp khó khăn và kết quả còn nhiều hạn chế.

Sự kết hợp VLTL-PHCN giúp bệnh nhân đỡ đau, ngăn ngừa được nhiều biến chứng như teo cơ, cứng khớp, giảm chức năng vận động của khớp.

2. Triệu chứng:

2.1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau tại khớp: + Đau có tính cơ học
- + Đau có tính chất viêm khớp: Sưng, nóng, đỏ, đau
- + Khó, vướng khi vận động

2.2. Triệu chứng thực thể:

- Sưng khớp: Có thể do viêm hoặc do thay đổi đầu xương của khớp
- Dị dạng khớp do bẩm sinh hay mắc phải làm thay đổi đầu xương, diện khớp dẫn đến lệch trục
- Giới hạn động tác do hạn chế tập vận động khớp
- Đau khi thăm khám, lỏng lẻo khớp
- Teo cơ do đau dẫn đến ít vận động

2.3. Cận lâm sàng:

- Xquang: + Thay đổi về xương, đầu xương như mọc gai xương.
- + Khe khớp hẹp, diện khớp thay đổi
- + Vô hóa gân, cơ, dây chằng, đặc xương dưới sụn.
- Xét nghiệm: + Bạch cầu và tốc độ máu lắng tăng
- + Có yếu tố dạng thấp tùy theo bệnh

3. Hậu quả:

- Cứng khớp: Khi viêm có sự kết dính dẫn tới cứng khớp, khớp vận động khó khăn
- Teo cơ: Do đau nên bệnh nhân ít vận động dần dần dẫn đến teo cơ, yếu cơ.
- Biến dạng khớp: Làm lệch trục chi, co rút các cơ làm vận động khớp bị ảnh hưởng
- Chức năng sinh hoạt, di chuyển khó khăn.
- Đau đớn làm bệnh nhân khó ngủ, mệt mỏi, buồn chán, căng thẳng tâm lý.

4. Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng:

4.1. Tư thế tốt:

Đặt khớp chi ở vị thế trung gian ngừa co rút biến dạng.

Ở giai đoạn cấp tính để khớp nghỉ ngơi hoàn toàn, đối với các khớp chi dưới khi đi có thể dùng nạng, nẹp giảm bớt sự tỳ đè của trọng lượng cơ thể sẽ ảnh hưởng lâu dài đến khớp.

4.2. Các biện pháp giảm đau, chống viêm cải thiện tuần hoàn khớp:

- *Điện phân thuốc*: Thường điện phân Nasalycinate 1%, Novocain 1% qua khớp. Dưới tác dụng của thuốc kháng viêm làm giảm bớt nhanh chóng, ngày 1 lần, mỗi lần 10 phút, cường độ thích hợp tùy bệnh nhân.

- *Sóng ngắn*: Sử dụng điện cực to nhỏ tùy khớp. Dưới tác dụng của sóng ngắn, khớp được cải thiện hoàn toàn dinh dưỡng và giảm đau, chống viêm, ngày 1 lần, 5-10 phút, đợt 10-15 ngày.

- *Siêu âm trị liệu*: Sử dụng siêu âm dưới nước hoặc dùng kem. Siêu âm có tác dụng giảm đau, chống viêm, cải thiện tuần hoàn khớp, ngày một lần 5 phút. Đợt 10-15 ngày.

- *Xung điện giảm đau*: Dùng dòng xoa bóp siêu kích thích, TENS điện cực (âm) đặt trên điểm đau. Ngày 1 lần 10 phút. Đợt 10-15 ngày

- *Nhiệt*: + Nhiệt lạnh: Chườm lạnh giai đoạn cấp

+ Nhiệt ấm: Chườm ấm giai đoạn bán cấp và mãn tính có tác dụng giảm đau khớp.

4.3. Các biện pháp ngăn ngừa teo cơ, yếu cơ, cứng khớp:

Đau nên bệnh nhân ngại và sợ vận động, khi ít vận động các khớp sẽ bị dính và các cơ bị teo. Do vậy người bệnh nhanh chóng bị tàn phế, sự lựa chọn thích hợp về cường độ và thời gian luyện tập, phương pháp luyện tập là tùy mức độ bệnh tật của bệnh nhân.

4.3.1. Giai đoạn cấp tính:

- Tập thụ động nhẹ nhàng dưới ngưỡng đau

- Tập cơ cơ tĩnh vùng khớp bị sưng đau

Khi bệnh nhân đã khá hơn: Tập vận động chủ động tự do hoặc chủ động trợ giúp các khớp như nắm, xòe bàn tay, xòe khép bàn tay, gập duỗi xoay cổ tay, gập duỗi khớp khuỷu, quay sấp ngửa cẳng tay, dang, áp khớp vai, gập, duỗi khớp vai. Đối với chân: Gập duỗi và dang xoay trong xoay ngoài khớp háng, xoay khớp cổ chân,... Các bài tập gập duỗi nghiêng xoay các khớp cột sống. Các bài tập trên cổ găng duy trì ngày nhiều lần nhằm ngăn ngừa teo cơ, cứng khớp, giảm chức năng khớp.

4.3.2. Giai đoạn bán cấp và mãn tính:

- Tập hàng ngày, ngày nhiều lần các khớp nói trên nhằm duy trì lực cơ và tuần hoàn khớp.

- Tập sửa chữa các biến dạng lệch trục của khớp một cách kiên trì với nguyên tắc thư giãn cơ co rút và kéo giãn cơ co rút. Tập mạnh nhóm cơ đối kháng có thể kết hợp chườm ấm và xoa bóp cơ.

- Khi có dính khớp tập gia tăng tầm vận động khớp bằng kỹ thuật tập vận động chủ động trợ giúp. Tay lành tập cho tay đau hoặc bằng dụng cụ

- Các biện pháp hoạt động trị liệu thích hợp làm giảm teo cơ, cứng khớp các chi

- Luyện tập trong bể bơi là một biện pháp tốt cho các khớp lớn và khớp cột sống

4.4. Các biện pháp cải thiện chuyển hóa dinh dưỡng chung cho cơ thể:

- *Tắm hơi nước nóng*: Bệnh nhân tắm hơi nước nóng ngày 1-2 lần, mỗi lần 10 phút

- *Tử ngoại điều toàn thân*: Bắt đầu là 1 phút sau đó tăng dần, đợt 10 ngày

- *Tắm nước sôi khoáng nóng* kết hợp điều dưỡng nâng cao sức khỏe chung, xoa bóp vận động khớp.

- *Khí hậu trị liệu*: Bệnh nhân nên đến vùng nắng ấm điều dưỡng, sự chuyển vùng khí hậu đôi khi làm cho bệnh khớp thuyên giảm.

5. Nhiệm vụ của người cán bộ y tế:

Khi có các bệnh nhân bị khớp nằm ở khoa điều trị, cần thiết cho bệnh nhân đi điều trị phối hợp VLTL-PHCN. Tuy không tác dụng mạnh mẽ đến các nguyên nhân gây viêm khớp nhưng các biện pháp làm giảm đau, ngừa teo cơ, cứng khớp rất hiệu quả.

- Bố trí thời gian điều trị thích hợp để bệnh nhân có thời gian đến điều trị tại khoa.

- Giải thích động viên bệnh nhân ý nghĩa việc vận động, hoạt động trị liệu để bệnh nhân thông suốt về mặt tư tưởng, tự xác định cho mình cần phải luyện tập thích hợp để ngừa teo cơ, cứng khớp.

- Tổ chức luyện tập vận động cho bệnh nhân ở khoa

- Hướng dẫn chườm nóng, lạnh.

- Hướng dẫn bệnh nhân tự xoa bóp và kéo giãn các cơ co rút./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Hãy nêu triệu chứng cơ năng, thực thể, cận lâm sàng của bệnh lý thoái hóa khớp?

2. Hãy nêu hậu quả của bệnh lý khớp?

3. Hãy nêu các biện pháp VLTL làm giảm đau, chống viêm, cải thiện tuần hoàn khớp?

4. Hãy nêu các biện pháp ngăn ngừa teo cơ, yếu cơ, cứng khớp ở giai đoạn cấp?

5. Hãy nêu các biện pháp ngăn ngừa teo cơ, yếu cơ, cứng khớp ở giai bán cấp và mãn tính?

Bài 7. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHO SẢN PHỤ TRƯỚC VÀ SAU ĐẼ

MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được mục đích, hình thức và nguyên tắc tập luyện đối với sản phụ trước và sau khi sinh.
- 1.2. Hướng dẫn sản phụ tập luyện các bài tập trước và sau khi sinh đúng kỹ thuật.

2. Kỹ năng

Áp dụng được các kiến thức và kỹ năng phục hồi chức năng về ban đầu cho bệnh nhân.

3. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

NỘI DUNG

Mang thai và sinh đẻ là quá trình tự nhiên của con người để bảo tồn nòi giống. Mặc dù vậy, nhưng thực tế cho thấy, khi có thai sự thay đổi về giải phẫu, sinh lý, tâm lý của người phụ nữ sẽ gây khó khăn cho họ khi chuyển dạ cũng như bất thường sau khi đẻ.

Tuy nhiên, các bà mẹ có thể phòng tránh được các bất thường trên nếu họ được tư vấn, hướng dẫn tập luyện một cách có hiệu quả, đúng lúc, đúng kỹ thuật với bài tập thích hợp.

1. Mục đích luyện tập:

- Tập luyện để nâng cao thể chất và tâm lý.
- Tăng cường cơ vùng đáy chậu, hạn chế sự đè nặng của thai vào vùng tầng sinh môn gây táo bón.
- Hạn chế những lỗi của sự biến đổi cuộc sống do sự co rút của cơ làm cong vẹo cột sống, đau vùng thắt lưng.
- Hạn chế ứ trệ tuần hoàn hai chi dưới, ngăn ngừa sự phát sinh phù ở hai chi dưới.
- Ngăn ngừa sự phát sinh co cứng cơ (chuột rút) do tuần hoàn kém.
- Luyện tập kỹ thuật đẻ.
- Các bài tập luyện phục hồi tổ chức cơ, tử cung, mạch máu sau đẻ.
- Tập luyện giúp bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cơ thể và thai nhi.

2. Các hình thức và nguyên tắc tập luyện:

2.1. Các hình thức tập luyện:

- Tập mạnh cơ: Các cơ bụng, cơ vùng đáy chậu, cơ vùng chi dưới vùng chi trên.
- Tập thở: Để cải thiện tình trạng trao đổi oxy cung cấp cho cả mẹ và con.
- Tập mạnh các cơ bị suy yếu và giữ thư giãn các cơ co rút để sửa biến dạng cong vẹo cột sống.
- Tập luyện thư giãn, tạo sự thoải mái về thể chất và tinh thần.

- Tập rặn đẻ đúng kỹ thuật.

2.2. Nguyên tắc tập luyện:

Thời gian và cường độ tập luyện tùy từng thời gian mang thai, tùy thể chất và tâm lý từng người. Các bài tập cần đơn giản, dễ hiểu từ dễ đến khó. Người tập luyện cần tập hàng ngày trở thành thói quen tại gia đình.

2.3. Những chỉ dẫn khi tập luyện:

2.3.1. Đối với kỹ thuật viên, bác sĩ:

- Chuẩn bị dụng cụ luyện tập: Ghế, đệm, bóng, lò xo, giường.
- Thăm khám bệnh nhân để phát hiện những chống chỉ định biến dạng cột sống, bệnh lý về sản, nội khoa, phụ khoa.

2.3.2. Đối với sản phụ:

- Thời điểm luyện tập từ 20-60 phút. Thời gian ở vị thế ngồi 1/4, nằm 2/4, đứng 1/4 quỹ thời gian luyện tập.
- Sau mỗi buổi tập: Người bệnh thấy thoải mái, khỏe mạnh là đạt yêu cầu.
- Không bao giờ tập luyện với các động tác đè ép vào bụng kích thích sự co bóp của tử cung.

2.4. Các bài tập cho người phụ nữ khi mang thai:

2.4.1. Tập ở các tư thế ngồi:

Động tác 1: Gập duỗi cổ chân, căng chân, co cơ tĩnh.

Động tác 2: Hai tay đặt vào bụng nhẹ nhàng, hít vào thở ra đều đặn.

Động tác 3: Hai bàn tay hoặc quả bóng đặt giữa hai đầu gối, co cơ đùi, cơ vùng tầng sinh môn, cơ bụng mạnh sau đó từ từ thư giãn.

Động tác 4: Nâng và hạ đai vai trái và phải thay đổi nhau.

Động tác 5: Xoay tròn hai cánh tay cùng nhau, sau đó ngược chiều nhau.

2.4.2. Tập ở tư thế nằm:

Người tập nằm ngửa

Động tác 1: Chống chân nâng mông đặt sang phải rồi đặt sang trái.

Động tác 2: Sau đó nâng mông gồng mạnh cơ bụng rồi từ từ thư giãn

Động tác 3: Đầu cúi về phía chân, hai bàn chân gập mạnh về phía mu bàn chân.

Động tác 4: Gập đùi vuông góc với thân thay đổi nhau

Động tác 5: Thở sâu đều đặn và thư giãn

Động tác 6: Chân duỗi gồng cơ toàn thân sau đó từ từ thư giãn

Động tác 7: Hai căng chân bắt chéo nhau co cơ tĩnh vùng bụng và vùng đáy chậu và sau đó từ từ thư giãn.

Động tác 8: Thực hiện động tác gót chân đầu gối luân phiên nhau

2.4.3. Tập ở tư thế đứng:

Động tác 1: Người bệnh đứng tung bóng đều trên hai tay

Động tác 2: Người bệnh đứng tay trái đưa lên tay phải đưa xuống ngược chiều nhau

Động tác 3: Người tập đứng thư giãn hít vào và thở ra sâu đều đặn một cách thư giãn

2.4.4. Luyện tập kỹ thuật rặn đẻ

Trong quá trình chữa đẻ, người bệnh được hướng dẫn sinh lý chữa đẻ, phương pháp chăm sóc, nuôi dạy con cái. Ngoài ra cần chuẩn bị tốt cho cuộc đẻ được tốt đẹp.

Người bệnh được hướng dẫn kỹ thuật hít thở, phối hợp với cơn co tử cung và rặn đẻ để đẻ dễ dàng và nhanh chóng.

2.4.5. Chương trình tại nhà:

Tại nhà người tập luyện tập các kỹ năng trên một cách thường xuyên và trở thành thói quen. Trong khi tập có điều gì khác thường cần hỏi ý bác sĩ và kỹ thuật viên hướng dẫn.

2.5. PHCN sau đẻ trong tuần đầu:

Sau khi đẻ, cơ thể người sản phụ rất yếu và nhiều biến chứng như:

- Chảy máu sau đẻ
- Viêm tử cung
- Viêm các cơ vùng tầng sinh môn
- Viêm tắc tĩnh mạch sau đẻ
- Đau lưng do tắc nghẽn khớp
- Sa sinh dục
- Yếu cơ thành bụng
- Suy nhược cơ thể do nuôi con

Bên cạnh việc chăm sóc sản khoa cần hướng dẫn người bệnh tập luyện để phục hồi sức khỏe nhanh chóng.

2.5.1. Mục đích:

- Nâng cao chuyển hóa dinh dưỡng, hoạt động tuần hoàn, hô hấp.
- Phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch và viêm tĩnh mạch sau đẻ.
- Làm sạch sản dịch nhanh chóng
- Nâng cao chức năng của ruột và bàng quang
- Tập mạnh các cơ vùng đáy chậu, tầng sinh môn và vùng bụng

2.5.2. PHCN sau đẻ thường tuần đầu:

Sau khi đẻ nếu có biến chứng gì sản phụ cần được tập luyện ngay để phục hồi sức khỏe nhanh chóng.

- Chương trình tập luyện được bác sĩ khám và chỉ định tập từng trường hợp cụ thể.

- Thời gian tập luyện vào buổi sáng từ 8 -10 giờ hàng ngày.
- Nơi tập cần kín đáo, ấm áp, sạch sẽ.
- Chương trình tập luyện cần được nâng cao dần từ dễ đến khó, từ nhẹ đến nặng, từ ít thời gian đến lâu hơn.

Ngày thứ 1: Sản phụ nằm ngửa thở sâu đều đặn nhấn mạnh thì thở ra. Thực hiện cơ cơ tĩnh vùng đáy chậu, vùng lưng, chân tập luyện cải thiện tuần hoàn, gập duỗi bàn chân, cổ chân, cẳng chân.

Ngày thứ 2: Sản phụ nằm ngửa chân duỗi thẳng

Động tác 1: Hai bàn chân gập mạnh về phía mu bàn chân nhíp nhàng.

Cơ bụng, cơ vùng đáy chậu cơ cơ tĩnh tối đa sau đó thư giãn.

Động tác 2: Một chân đặt lên chân kia, hai bàn chân cùng nhau cọ mạnh, các cơ bụng, cơ đáy chậu, cơ cơ tĩnh tối đa, đầu hơi cúi về phía chân.

Sản phụ nằm ngửa chân hơi gập

Động tác 1: Cơ vùng đáy chậu, tầng sinh môn, cơ bụng, cơ cơ tĩnh tối đa, mông nhấc lên và hạ xuống nhiều lần sau đó thư giãn.

Động tác 2: Bàn chân gập về phía mu bàn chân, gót đặt sát mặt giường các cơ bụng, đáy chậu đều cơ cơ tĩnh tối đa, đầu cúi về phía chân và hạ xuống sau đó thư giãn toàn thân.

Ngày thứ 3: Sản phụ nằm ngửa chân hơi gập

Động tác 1: Hai tay giữ đầu gối cơ cơ tĩnh mạnh, sau đó thư giãn toàn thân, đổi chân lại làm như vậy.

Động tác 2: Tập thở hít vào sâu thở ra từ từ đều đặn, sau đó thư giãn toàn thân.

Động tác 3: Sản phụ nằm ngửa chân duỗi, hai tay giữ đùi phải, đầu hơi cúi về phía bàn chân, cơ cơ tĩnh mạnh, thư giãn và đổi hai tay sang trái.

Ngày thứ 4,5,6,7.

Chú ý như ngày thứ 2,3 nhưng thời gian và cường độ tập mạnh hơn.

2.6. Chương trình về nhà:

Sau khi xuất viện, cần tập bài tập đã được thực hiện trong thời gian mang thai. Thời gian luyện tập sau khi đẻ có thể kéo dài 3-4 tháng sau đó chuyển sang tập các bài tập như người bình thường./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Hãy kể mục đích luyện tập PHCN cho sản phụ trước và sau đẻ?
2. Hãy kể các hình thức và nguyên tắc luyện tập ?
3. Hãy kể các chỉ dẫn đối với bác sĩ, sản phụ?
4. Hãy kể các bài tập cho người phụ nữ khi mang thai với tư thế ngồi?

5. Hãy kể các bài tập cho người phụ nữ khi mang thai với tư thế đứng?
6. Hãy kể các bài tập cho người phụ nữ khi mang thai với tư thế nằm?
7. Hãy kể các biến chứng sau đẻ?
8. Hãy kể các mục đích PHCN sau đẻ trong tuần đầu?
9. Hãy trình bày các động tác PHCN sau đẻ trong ngày thứ 1,2?
10. Hãy trình bày các động tác PHCN sau đẻ trong ngày thứ 3,4,5,6?

Tài liệu tham khảo:

1. Sách Vật lý trị liệu- Phục hồi chức năng (Sách chuyên khảo dùng cho cán bộ chuyên ngành phục hồi chức năng) Khoa phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai- Quỹ cứu trợ bệnh phong HÀ LAN
2. Sách Vật lý trị liệu- Phục hồi chức năng
3. Sách Y học phục hồi sản xuất năm 1982, nhà xuất bản Hà Nội

Bài 8. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHO NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT

MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được mục đích và phương pháp PHCN cho bệnh nhân trước và sau phẫu thuật lồng ngực và ổ bụng.

1.2. Làm được các kỹ thuật PHCN cho bệnh nhân trước và sau phẫu thuật lồng ngực và ổ bụng.

2. Kỹ năng

Áp dụng được các kiến thức và kỹ năng phục hồi chức năng về ban đầu cho bệnh nhân.

3. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

NỘI DUNG

1. Đại cương:

Sau phẫu thuật bệnh nhân thường mệt mỏi kéo dài, có thể có các biến chứng như:

- Tắc mạch
- Ứ huyết phổi
- Xẹp phổi, dày dính màng phổi
- Nhũ động ruột chậm trở lại bình thường
- Phù nề chi dưới do không dám cử động

Sự kết hợp PHCN với công tác chăm sóc, theo dõi, điều trị trước và sau phẫu thuật giúp ngăn ngừa các biến chứng trên, nâng cao chất lượng điều trị, rút ngắn thời gian nằm viện.

PHCN có thể thực hiện ngay hôm mổ hoặc những ngày sau mổ. Cần giải thích cho bệnh nhân hiểu mục đích, ý nghĩa của việc PHCN để bệnh nhân tự giác thực hiện.

2. Chăm sóc PHCN sau phẫu thuật lồng ngực:

Mục đích của PHCN:

- Động viên, giải thích để bệnh nhân yên tâm, trên cơ sở đó làm cho họ tự giác và thường xuyên hợp tác trong công tác PHCN

- Loại bỏ chất thải tiết ở phổi và đường hô hấp
- Gia tăng sự giãn nở của phổi
- Ngăn ngừa kết dính tổ chức sau mổ
- Ngăn ngừa biến dạng cột sống
- Ngăn ngừa teo cơ và yếu cơ
- Cải thiện tuần hoàn và chuyển hóa chung

CÁC BƯỚC PHCN trước phẫu thuật:

- Hướng dẫn các động tác sau để bệnh nhân tự giác và phối hợp luyện tập phục hồi sau mổ
- Dẫn lưu tư thế
- Kết hợp vỗ, rung, ho, khạc để làm sạch đờm rãi ở phổi và đường hô hấp
- Hướng dẫn kỹ thuật thở bụng, ngực
- Hướng dẫn tập thở dần nở vùng phổi sắp mổ
- Chỉ dẫn cho bệnh nhân biết một số tư thế sai lệch cần tránh sau mổ như nghiêng, lệch vai, seọ cột sống.

CÁC BƯỚC PHCN sau phẫu thuật:

Ngày đầu sau mổ

- Nằm tư thế Fowler nghiêng trái hoặc phải tùy theo phẫu thuật ngực trái hay phải
- Tập thở bụng để tránh đau và tổn thương vùng mổ
- Sau đó hướng dẫn thở căng giãn lồng ngực vùng mổ
- Hướng dẫn khuyến khích ho, khạc có hiệu quả trong khi dùng tay nâng đỡ vết mổ
- Vận động: Lúc đầu tập bàn chân, cổ chân, gối, háng, sau đó tập nhẹ nhàng bàn tay, cổ tay, khuỷu và đai vai.

Các ngày sau

Nâng dần cường độ, thời gian luyện tập, sau đó tập các cơ ở thân mình, tập cử động cột sống.

Sau 5-10 ngày bệnh nhân có thể ngồi dậy

Kỹ thuật viên tiếp tục hướng dẫn bệnh nhân có thể ngồi dậy thẳng bằng, vỗ, rung, thổi bóng.

*** Chú ý:**

- Đề phòng tụt ống dẫn lưu, tràn khí vào khoang ngực gây xẹp phổi, chết người.
- Khi bệnh nhân có thể đứng được: Khuyến khích họ đi lại nhẹ nhàng trong phòng, dần dần đi lên cầu thang phối hợp với thở ngực, bụng.
- Khi xuất viện: Dẫn bệnh nhân tiếp tục luyện tập một mình tại nhà

3. Chăm sóc PHCN sau phẫu thuật ổ bụng:

3.1. Mục đích PHCN

- Làm cho nhu động ruột sớm trở lại bình thường
- Ngăn ngừa kết dính tổ chức sau mổ
- Ngăn ngừa teo cơ và yếu cơ
- Cải thiện tuần hoàn và chuyển hóa chung

3.2. Các bước PHCN trước phẫu thuật:

- Hướng dẫn các động tác sau để bệnh nhân tự giác và phối hợp luyện tập phục hồi sau mổ
- Dẫn lưu tư thế
- Tập thở ngực bụng

- Tập ho, khạc có hiệu quả
- Các bài tập cho tay, chân, cột sống

3.3. Các bước PHCN sau phẫu thuật:

3.3.1. Ngày đầu sau mổ:

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên
- Tập chân nhẹ nhàng: Tập bàn và cổ chân, gối, gồng cơ tứ đầu đùi, cơ mông lớn
- Tập tay nhẹ nhàng: Bàn tay, cổ tay, khuỷu và đai vai
- Tập thở ngực, tập ho, khạc có hiệu quả trong khi dùng tay nâng đỡ vết mổ

3.3.2. Ngày thứ hai, ba sau mổ:

Tiếp tục tập như ngày đầu và khuyến khích bệnh nhân trở dậy sớm, tập cơ ở thân, tập thở ngực, bụng.

3.3.3. Những ngày sau:

- Tập cử động cột sống
- Tiếp tục tập đi và sửa tư thế sai
- Tập tăng lực cơ bụng sau khi vết mổ được cắt chỉ và liền da tốt./.

Câu hỏi lượng giá

1. Hãy nêu 5 biến chứng có thể gặp sau phẫu thuật?
2. Hãy nêu 4 mục đích PHCN sau phẫu thuật ổ bụng?
3. Hãy nêu 4 bước PHCN ngày đầu sau phẫu thuật ổ bụng?
4. Hãy nêu các bước PHCN cho ngày hai, ba sau phẫu thuật ổ bụng?
5. Hãy nêu các bước PHCN cho những ngày sau, sau phẫu thuật ổ bụng?

Bài 9. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, VẬT LÝ TRỊ LIỆU DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG

MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được khái niệm về quá trình tàn tật và biện pháp phòng ngừa.
- 1.2. Trình bày được định nghĩa, mục đích, hình thức và các phương pháp PHCN.
- 1.3. Trình bày được khái niệm cơ bản về PHCNDVCD.

2. Kỹ năng

Áp dụng được các kiến thức và kỹ năng phục hồi chức năng về ban đầu cho bệnh nhân.

3. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

NỘI DUNG

1. Khái niệm về quá trình tàn tật và các biện pháp phòng ngừa tàn tật:

1.1. Quá trình gây bệnh:

Nguyên nhân gây bệnh -----> bệnh lý -----> biểu hiện thành bệnh

1.2. Quá trình tàn tật:

1.2.1. Khiếm khuyết là gì?

Là sự mất mát, thiếu hụt hoặc bất thường về cấu trúc, chức năng. Ví dụ: Một người thương binh cụt mắt 1 chân đó là khiếm khuyết do sự mất mát, thiếu hụt về giải phẫu.

1.2.2. Giảm chức năng là gì?

Là bất kỳ sự hạn chế hay mất khả năng thực hiện một hoạt động gây nên bởi khiếm khuyết.

1.2.3. Tàn tật là gì?

Đó là tình trạng người tàn tật do bị khiếm khuyết, giảm chức năng dẫn đến họ không thực hiện được vai trò của mình trong xã hội.

1.2.4. Hậu quả của tàn tật:

- Đối với bản thân người tàn tật :
 - + Khoảng 90% trẻ tàn tật chết dưới độ tuổi 20
 - + Tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở trẻ tàn tật cao hơn trẻ bình thường rất nhiều
 - + Trẻ em tàn tật thường bị thất học
 - + Người lớn tàn tật thường không có công ăn việc làm, phải sống dựa vào người khác
- Đối với gia đình:
 - + Người tàn tật không được tham gia các hoạt động như những người khác trong gia đình
 - + Họ là gánh nặng về kinh tế cho gia đình

- + Trong gia đình, người tàn tật hay bị coi thường
- Đối với xã hội:
 - + Người tàn tật không tham gia lao động sản xuất để đóng góp cho xã hội nên thường bị xã hội coi thường và phân biệt đối xử
 - + Xã hội phải chi phí một phần ngân sách để nuôi dưỡng người tàn tật
 - + Họ là những người thất thế trong xã hội

1.2.5. Nguyên nhân gây tàn tật:

- Do bản thân người tàn tật
- Do thái độ của gia đình và xã hội
- Do môi trường không thích hợp

1.2.6. Các dạng tàn tật:

Theo sự phân loại của tổ chức Y tế thế giới, tàn tật được chia làm 7 nhóm như sau:

- Nhóm khó khăn về vận động
- Nhóm khó khăn về nhìn
- Nhóm khó khăn về học
- Nhóm khó khăn về nghe, nói
- Người có hành vi xa lạ (bệnh tâm thần)
- Người mất cảm giác (bệnh phong)
- Người bị động kinh

2. Các biện pháp phòng ngừa tàn tật : Có ba bước

Bước 1: Bao gồm các biện pháp ngăn ngừa từ bệnh không trở thành khiếm khuyết

- Tiêm chủng
- Dinh dưỡng trẻ em và bà mẹ
- Sinh đẻ có kế hoạch
- Phát hiện và điều trị sớm các bệnh
- Giáo dục sức khỏe
- Cung cấp nước sạch và vệ sinh môi trường
- Phát triển chương trình PHCNDVCĐ

Bước 2: Bao gồm các biện pháp ngăn ngừa khiếm khuyết không trở thành giảm chức năng

- Phát hiện sớm các bệnh
- Điều trị sớm và đúng
- Kích thích sớm đối với trẻ
- Chăm lo việc học hành cho trẻ em
- Giải quyết việc làm cho người lớn
- Phát triển ngành VLTL - PHCN

Bước 3: Bao gồm các biện pháp ngăn ngừa giảm chức năng không trở thành tàn tật và gây nên hậu quả của tàn tật

- PHCN
- Giáo dục hướng nghiệp

- Thẻ đục, dụng cụ trợ giúp
- Giải quyết công ăn việc làm có thu nhập

3. PHCNDVCD:

3.1. Nhiệm vụ của PHCNDVCD:

- Làm thay đổi nhận thức của xã hội tạo nên sự chấp nhận của xã hội đối với người tàn tật
- Trách nhiệm của cộng đồng là biến PHCN thành 1 nhiệm vụ, 1 bộ phận của quá trình PHCN
- Phát huy sự giúp đỡ, chỉ đạo của tuyến trên, sự hợp tác đa ngành
- Sử dụng các biện pháp kỹ thuật thích hợp và kỹ năng phục hồi để áp dụng ngay tại cộng đồng

3.2. Phạm vi hoạt động của PHCNDVCD:

3.2.1. Quản lý điều hành:

Ủy ban điều hành thông qua lãnh đạo của địa phương (UBND)

3.2.2. Kỹ thuật thích hợp:

- Tuyến xã: Sử dụng cuốn " Huấn luyện người tàn tật tại cộng đồng "
- Tuyến huyện: Đào tạo thêm cán bộ chuyên khoa

3.2.3. Mạng lưới thực hiện:

Chương trình PHCNDVCD được lồng ghép vào mạng lưới CSSKBD

3.2.4. Nhân lực:

- Người tàn tật
- Huấn luyện viên trong gia đình
- Nhân viên theo dõi tại địa phương: Y sĩ, kỹ thuật viên
- Nhân viên tuyến trung gian: Bác sĩ, y tá, kỹ thuật viên

3.3. Nội dung hoạt động chủ yếu của PHCNDVCD:

STT	NỘI DUNG HOẠT ĐỘNG	NGƯỜI VÀ NƠI THỰC HIỆN
1	Phát hiện thương tật và đề phòng tàn tật	Tại nhà, y tế đội xã
2	Tăng cường sự phát triển tối đa ở trẻ em trước khi đi học qua kích thích sớm	Tại nhà, người nhà
3	Huấn luyện cho người tàn tật về giao tiếp, nghe nói	Tại nhà, người nhà
4	Huấn luyện những sinh hoạt hàng ngày (ăn mặc, vệ sinh, công việc nội trợ)	Tại nhà, người nhà
5	Huấn luyện lao động thông qua sản xuất	Tại nhà, trường làng
6	Học tập	Người bệnh, người nhà
7	Hội nhập xã hội	UBND, đoàn thể, y tế

8	Tìm công ăn việc làm tăng thu nhập	UBND, đoàn thể
---	------------------------------------	----------------

Kết luận:

PHCN cho người tàn tật ngày nay không chỉ là 1 công tác nhân đạo đơn thuần mà còn mang tính kinh tế, nhân học, pháp lý, PHCN không chỉ là công việc của riêng ngành y tế mà đó là công tác của toàn xã hội. Vì vậy, công tác PHCN cần phải được xã hội hóa cao độ, mọi người, mọi ngành ở các khu vực khác nhau, tạo điều kiện cho người tàn tật được phục hồi ở mức cao nhất, hiệu quả nhất./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Hãy trình bày khái niệm về quá trình tàn tật?
2. Hãy trình bày nhiệm vụ của PHCN dựa vào cộng đồng?
3. Hãy trình bày phạm vi của PHCN dựa vào cộng đồng?
4. Hãy trình bày nội dung của PHCN dựa vào cộng đồng?
5. Hãy trình bày các biện pháp phòng ngừa tàn tật?

Bài 10. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHO NGƯỜI BỆNH LIỆT HAI CHI DƯỚI

MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân gây liệt hai chi dưới.
- 1.2. Trình bày được các kỹ thuật PHCN cho liệt hai chi dưới ở giai đoạn tại viện và tại nhà.

2. Kỹ năng

Áp dụng được các kiến thức và kỹ năng phục hồi chức năng về ban đầu cho bệnh nhân.

3. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

NỘI DUNG

I. ĐỊNH NGHĨA:

Liệt hai chi dưới khi mất hoặc giảm vận động và cảm giác ở hai chân.

II. NGUYÊN NHÂN:

1. Do chấn thương: Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn thể thao, do chiến tranh, do bạo lực xã hội
2. Do các bệnh của tủy sống: Viêm tủy cắt ngang, u tủy sống, lao cột sống
3. Các biến dạng của tư thế cột sống: Gù, vẹo cột sống, thoát vị đĩa đệm vào trong chèn ép tủy sống
4. Bệnh mạch máu hay huyết khối mạch tủy
5. Bệnh do thầy thuốc gây nên: Sau phẫu thuật, Xquang cột sống có cản quang, sơ cứu chấn thương

III. CHĂM SÓC - PHCN CHO BỆNH NHÂN LIỆT HAI CHI DƯỚI:

1. Giai đoạn 1: Chủ yếu là chăm sóc tại bệnh viện hoặc các trung tâm y tế:

Trong giai đoạn này làm các công việc sau:

1. Tìm nguyên nhân và giải quyết nguyên nhân.
 2. Chăm sóc những vùng tỳ đè để đề phòng loét đặc biệt các vùng sát da như bả vai...
 - Nằm trên đệm mềm, dày
 - Đặt gối mềm và giữ phần da gần xương không tỳ xuống mặt giường
 - Đặt một miếng vải dưới bệnh nhân và xoay trở người bệnh. Thay đổi tư thế 2-3 giờ 1 lần
 - Cho bệnh nhân ăn đủ chất dinh dưỡng, giàu đạm như: Thịt, trứng, vitamin,...
 - Giữ da và giường bệnh luôn sạch sẽ, khô ráo
 - Kiểm tra da bệnh nhân thường xuyên để phát hiện các dấu hiệu có nguy cơ loét:
- Da đỏ lên mà không mất đi sau 15 phút
- Xoa bóp và cử động để tăng cường lưu thông tuần hoàn

3. Nuôi dưỡng và chăm sóc đường tiêu hóa.

- Sau khi bị tai nạn bệnh nhân có triệu chứng liệt dạ dày và ruột, trong trường hợp này cho bệnh nhân nhịn ăn, truyền dịch theo đường tĩnh mạch, đặt sonde dạ dày, sau 2-3 ngày xuất hiện nhu động ruột cho bệnh nhân ăn uống đảm bảo đủ chất dinh dưỡng và cung cấp đủ nước >2 lít/ngày.

- Đánh giá tình trạng của ruột và phân để điều chỉnh chương trình luyện tập và chế độ ăn uống cho phù hợp.

4. Chăm sóc đường tiết niệu.

- Kiểm tra những ngày đầu có bàng quang không, nếu có đặt sonde bàng quang ngay.

- Uống nhiều nước, đặc biệt là nước hoa quả

5. Đặt bệnh nhân đúng tư thế và tập thụ động.

- Tư thế đầu, cột sống thuận lợi, không gây tổn thương thêm và không gây chèn ép.

- Đặt tay chân bệnh nhân đúng tư thế để phòng co rút

- Tập thụ động theo tầm hoạt động của khớp

- Vận động thụ động hai chân

- Vận động tự do hai tay hoặc vận động tạ, lò xo

- Tập mạnh cơ thân mình

6. Chăm sóc đường hô hấp.

- Võ, rung để giải thoát đờm giải, dẫn lưu tư thế

- Tập thở

7. Đề phòng tắc mạch huyết khối.

Cần hoạt động tích cực bằng cách vận động, xoa bóp các chi

2. Giai đoạn 2: Phục hồi tại viện hoặc tại nhà:

Trong giai đoạn này, bệnh nhân học cách thích ứng với tàn tật của mình. biết cách ngăn ngừa các biến chứng, học cách để sử dụng các khả năng còn lại của mình.

1. Dạy cho bệnh nhân tự chăm sóc da: Lau chùi da sạch sẽ, kiểm tra da hàng ngày, phát hiện nguy cơ gây loét

2. Chăm sóc đường tiết niệu:

- Hướng dẫn bệnh nhân PHCN bàng quang hoặc đặt sonde bàng quang.

- Hướng dẫn bệnh nhân tự đặt sonde đái, nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn đường tiết niệu cần uống kháng sinh theo kháng sinh đồ.

3. Chăm sóc đường ruột.

- Tập luyện thói quen đại tiện như trước khi bị tai nạn

- Kích thích đại tiện bằng tay đeo găng hoặc thuốc đạn

- Bệnh nhân có thể tự đeo găng tay để móc phân ra

4. Tập sức mạnh các cơ và tập luyện di chuyển

5. Tập di chuyển với xe lăn

6. Tập di chuyển với các dụng cụ trợ giúp khác: Nạng, thanh song song, nẹp

7. Tự chăm sóc bản thân: Vệ sinh, ăn uống

3. Giai đoạn 3: Tái hòa nhập vào xã hội và cộng đồng:

Giai đoạn này bệnh nhân đã tiến triển tốt, thích nghi với môi trường, tìm công ăn việc làm, hòa nhập với gia đình và xã hội.

- Tạo điều kiện để người tàn tật đi lại dễ dàng
- Chiều cao của giường ngủ phải phù hợp cho người tàn tật
- Nhà bếp, nhà vệ sinh bố trí phù hợp cho người bệnh
- Tìm công ăn việc làm thích hợp để kiếm sống nếu còn tuổi lao động
- Tham gia mọi sinh hoạt của gia đình và xã hội ./.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Hãy kể các nguyên nhân gây khó khăn về vận động?
2. Hãy kể kỹ thuật chăm sóc, PHCN cho người khó khăn về vận động?
3. Hãy kể các nguyên nhân gây liệt hai chi dưới?
4. Hãy trình bày các bước PHCN trong giai đoạn 1 cho bệnh nhân liệt hai chi dưới?
5. Hãy trình bày các bước PHCN trong giai đoạn 2 cho bệnh nhân liệt hai chi dưới?
6. Hãy trình bày các bước PHCN trong giai đoạn 3 cho bệnh nhân liệt hai chi dưới?

Bài 11. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI KHÓ KHĂN VỀ HỌC, NGHE, NÓI, MẮT CẢM GIÁC, ĐỘNG KINH, TÂM THẦN

MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân và các dấu hiệu điển hình, các phương pháp PHCN của hội chứng Down và bệnh đần độn.
- 1.2. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, cách phát hiện và phương pháp PHCN của người khó khăn về nghe – nói.
- 1.3. Trình bày được định nghĩa, các triệu chứng của bệnh phong và cách phòng ngừa tàn tật cho người mất cảm giác.
- 1.4. Trình bày được nguyên nhân và xử trí người lên cơn động kinh.
- 1.5. Trình bày được nguyên nhân, hậu quả và cách chăm sóc PHCN cho bệnh tâm thần.

2. Kỹ năng

Áp dụng được các kiến thức và kỹ năng phục hồi chức năng về ban đầu cho bệnh nhân.

3. Thái độ

Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

NỘI DUNG

A. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI KHÓ KHĂN VỀ HỌC

1. Nguyên nhân:

1.1. Trong não:

- Não nhỏ hoặc không hoàn chỉnh
- Tổn thương não

1.2. Ngoài não:

- Do các tàn tật khác làm ảnh hưởng khả năng phát triển và khám phá của não
- Thiếu sự sử dụng toàn diện của não (không đủ kích thích)

2. Các loại bệnh thường gặp:

2.1. Hội chứng Down:

2.1.1. Định nghĩa:

Là 1 bệnh gây nên bởi rối loạn nhiễm sắc thể 21

2.1.2. Nguyên nhân:

- Mẹ trên 35 tuổi có nguy cơ đẻ con mắc bệnh Down, phổ biến mẹ trẻ cha rất già
- Chậm phát triển tinh thần từ nhẹ đến nặng
- Khó khăn về nghe nói
- Hay mắc bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp

2.1.3. Cách phát hiện:

Một số dấu hiệu điển hình của hội chứng Down:

- Sau khi sinh trẻ yếu mềm
- Trẻ khóc ít và yếu
- Trẻ chậm phát triển so với lứa tuổi: Chậm ngồi, chậm bò, chậm biết đi
- Khi đặt trẻ xuống đột ngột trẻ không có phản xạ bảo vệ
- Mắt xếch, mí mắt lộn ngược đôi khi lác
- Tai thấp, miệng trẻ luôn há, vòm miệng cao, lưỡi thè ra ngoài
- Nếp gấp da phủ trong mí mắt
- Mắt hay sưng đỏ
- Trong lòng đen có nhiều chấm trắng nhỏ như cát thường mất đi sau 12 tháng tuổi
- Bàn tay ngắn, to, các ngón tay ngắn, ngón út thường khoèo
- Đầu ngắn, bè và phẳng
- Đôi khi bị trật khớp háng, mặt dẹt, mũi nhỏ và tẹt, cổ ngắn, vai tròn,
- Chân tay ngắn, ngón chân thẳng, ngón chân chiêm

Một số dấu hiệu có thể gặp:

- Khớp khuỷu, khớp háng, khớp cổ chân lỏng lẻo
- Cứ 8 trẻ thì có 1 trẻ mắc bệnh Down
- Có khó khăn về nghe nói
- Cứ 10 trẻ có hội chứng Down thì có 1 trẻ tổn thương đốt sống cổ gây nên tổn

thương tủy sống và liệt.

2.2. Bệnh đần độn:

2.2.1. Định nghĩa:

Là bệnh chậm phát triển tinh thần và thể chất do thiếu hoocmôn giáp trạng.

2.2.2. Nguyên nhân:

Có thể do thiếu Iod và các nguyên nhân khác

2.2.3. Cách phát hiện:

- Rất khó nhận biết ở trẻ sơ sinh
- Trẻ đẻ ra thường có cân nặng cao sau đó không lớn lên
- Khó ăn, ít vận động
- Trông đần độn thờ ơ với mọi vật, ngủ nhiều
- Chậm phát triển tinh thần và thể lực, thân nhiệt thường thấp, da khô lạnh và dày
- Tóc mọc thấp dưới trán, sưng trĩ mí mắt, người ngày càng ngắn đi so với lứa tuổi
- Khó khăn về nghe hay táo bón

2.2.4. Điều trị:

Phải điều trị sớm và liên tục bằng thuốc giáp trạng

Phân biệt hội chứng Down và bệnh đần độn

Các dấu hiệu của bệnh đần độn	Các dấu hiệu giống nhau của Down và bệnh đần độn	Các dấu hiệu của hội chứng Down

Tóc mọc thấp trước trán	Chậm phát triển tinh thần và thể chất	Mắt xếch, có nếp gấp da trong mắt
Mũi thấp tẹt và gãy	Hai mắt cách xa nhau	Tóc mọc cao
Cổ gáy dày và béo	Mặt đàn độn	
Chậm lớn	Lưỡi dày thè ra	
Táo bón lâu	Cổ ngắn	
Da khô dày và thô	Rốn lồi	
Thân nhiệt thấp	Bụng ỏng	
Điếc		
Khi lớn lên hay bị đau xương khớp gối		

Sự khác nhau giữa chậm phát triển trí tuệ và bệnh tâm thần

Chậm phát triển trí tuệ	Bệnh tâm thần
Bệnh nhân trở thành người lớn vẫn bị giảm khả năng như cũ	Chỉ thấy ở người lớn bị bệnh, ít thấy ở trẻ em
Xuất hiện từ lúc nhỏ hay khi mới đẻ	Lúc nhỏ bình thường, khởi bệnh trong thời kỳ thanh niên hoặc muộn hơn
Trước đó không đi học, học khó học kém	Đã từng đi học phổ thông
Có hành vi bất thường từ bé	Hành vi xa lạ sau tuổi nhỏ bình thường

3. Cách giúp người khó khăn về học:

- Làm dấu hiệu để người bệnh nghe hay nhìn
- Nói với người bệnh việc mình đang làm
- Nói với người bệnh việc bạn đang làm cùng họ
- Nói với người bệnh việc bạn thấy người khác làm
- Cùng với người bệnh làm việc đó để họ làm theo

4. Chăm sóc và phục hồi cho trẻ chậm phát triển trí tuệ:

4.1. Kích thích sớm giúp trẻ phát triển cả về thể chất và tinh thần:

- Kích thích về vận động, sức mạnh và tinh thần
- Kích thích các giác quan: nghe-cảm giác, nghe-hiểu
- Luyện thăng bằng sử dụng tay
- Giao tiếp
- Đáp ứng cư xử
- Sinh hoạt cơ bản hàng ngày như vệ sinh, ăn uống, mặc quần áo
- Luyện khả năng suy nghĩ, quan sát, cách giải quyết

4.2. Phòng bệnh nhiễm khuẩn:

Trẻ dễ bị cảm, viêm phế quản, viêm phổi

Phòng: - Bú sữa mẹ sớm, ăn đủ chất

- Tiêm chủng đầy đủ

- Điều trị sớm các bệnh nếu có

4.3. Đề phòng những biến dạng:

- Trẻ dễ bị chệch khớp háng

- Hay có ngón chân cái to và tõe ra

- Không dùng giày da cứng gây đau và chệch khớp

- Nên đi giày vải mềm hoặc dép

4.4. Giáo dục đặc biệt:

- Giáo dục đặc biệt là loại giáo dục mà giáo viên có cách đánh giá chính xác khả năng tiếp thu của các cháu tàn tật sau đó đặt ra mục tiêu cụ thể, thích hợp cho các cháu

- Khi cho các cháu tàn tật học chung với các cháu bình thường là chúng ta đã giáo dục thái độ của xã hội đối với tàn tật

4.5. Tạo việc làm:

Trẻ chậm phát triển tinh thần cũng cần có thu nhập để sống do đó cần tạo việc làm có thu nhập tùy hoàn cảnh cụ thể.

Các công việc có thể làm là:

- Nội trợ, nấu ăn, quét dọn

- Nghề thủ công

- Tăng gia chăn nuôi

Kết luận:

- Trẻ chậm phát triển tinh thần cần có trường học dành riêng cho các cháu và có cách giáo dục đặc biệt để các cháu có thể hội nhập xã hội.

- Giáo dục thái độ xã hội đối với người tàn tật, xã hội hóa đối với công tác PHCN đồng thời là phòng ngừa tàn tật

- Đây không phải là bệnh có thể điều trị khỏi ở cơ sở Y tế hiện đại nên không cần phải gởi đi xa sẽ tốn kém và có hại cho các cháu./.

B. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI KHÓ KHĂN VỀ NGHE - NÓI

1. Định nghĩa:

Người có khó khăn về nghe - nói là người không thể nghe, không thể nói hoặc nghe nói giảm khi ở cách xa 3m.

2. Nguyên nhân:

2.1. Trước khi sinh:

- Dị dạng tai

- Dị dạng miệng

- Mẹ mắc bệnh trong thời kỳ mang thai
- Dinh dưỡng kém trong thời kỳ mang thai
- Bướu cổ do thiếu Iod

2.2. Trong khi sinh:

- Đẻ non
- Tổn thương não

2.3. Sau khi sinh:

- Bệnh nhiễm khuẩn như viêm màng não mủ, sởi, viêm não, quai bị
- Do thuốc như Streptomycin tiêm cho trẻ dưới 5 tuổi có thể tổn thương tai nếu dùng liều cao
- Quá trình tuổi già
- Tiếp xúc quá lâu với tiếng động lớn

3. Phát hiện người có khó khăn về nghe nói:

3.1. Ở trẻ dưới 6 tháng tuổi:

- Đặt trẻ nằm ngửa, bạn ngồi phía trên đầu trẻ để trẻ không nhìn thấy
- Bạn vỗ tay mạnh và quan sát xem trẻ có giật mình hay ngạc nhiên, nháy mắt, ưỡn người, co tay chân lại không
- Nếu trẻ có những biểu hiện trên có thể trẻ đã nghe thấy nếu không trẻ bị giảm khả năng nghe
- Lặp lại 3 lần để khẳng định kết quả

3.2. Ở trẻ dưới 36 tháng tuổi:

- Làm 1 cái lưc bằng hộp sắt hoặc đoạn tre kín 2 đầu trong đựng vài hòn sỏi, khi lắc phải nghe tiếng kêu
- Để mẹ của trẻ ngồi phía trước bạn ngồi phía sau cách 2 bước.
- Lắc để trẻ có quay đầu lại không, nếu có thì có thể đã nghe thấy tiếng lúc lắc, nếu không chứng tỏ trẻ có khó khăn về nghe
- Lặp lại 3 lần để khẳng định kết quả

3.3. Kiểm tra trẻ trên 36 tháng tuổi và người lớn:

- Người được kiểm tra ngồi đối diện
- Bạn nói 1 lời nào đó yêu cầu người đó lặp lại hoặc giơ ngón tay làm hiệu
- Nếu trả lời đúng có nghĩa khả năng nghe của người đó bình thường, nếu không trả lời đúng có nghĩa người đó bị giảm khả năng nghe.
- Lặp lại 3 lần để khẳng định kết quả

4. PHCN cho người khó khăn về nghe - nói:

4.1. Những khó khăn về giao tiếp:

- Không thể nghe, không thể nói nhưng có thể hiểu
- Có thể nghe, hiểu những không thể nói
- Nghe được phần nào hoặc có thể chỉ nghe được 1 âm nào đó

4.2. Huấn luyện cho người giảm khả năng nghe - nói:

- *Ngôn ngữ:*

Được phát triển trong vài năm đầu của trẻ để phát triển được tiếng nói trẻ phải nghe và nhìn được ngay từ những tuần đầu sau sanh. Trẻ sinh ra mà không có khả năng nghe nếu không được giúp đỡ sẽ không nói được.

- Vừa nghe vừa nhìn:

Chúng ta giao tiếp bất kể trẻ có đáp ứng hay không kết hợp từ và động tác.

4.2.1. Nghe và nhìn:

Dùng ngôn ngữ để diễn tả những điều mình muốn, chúng ta sử dụng sự khác nhau trên nét mặt, cử động của tay chân mình như ngôn ngữ hành động

4.2.2. Bắt chước:

Khi luyện trẻ nói lúc đầu nên chọn nơi yên tĩnh dạy trẻ cách lắng nghe và cách mình nói sau đó luyện trẻ bắt chước lại

4.2.3. Nhận biết từ :

Lúc đầu từ dễ sau đó đến các từ khó chỉ vào vật và viết từ đó hoặc chỉ vào màu sắc mà viết.

4.2.4. Đối thoại:

Có thể giao tiếp với trẻ bằng cách tự hỏi và tự trả lời như vậy mới lôi cuốn được trẻ của mình vào cuộc đối thoại này, dạy trẻ đếm từ 1 tới 100, tên các con vật nuôi trong nhà, đồ vật như bàn ghế giường tủ.

5. Những phương pháp dạy người có khó khăn về nghe - nói:

5.1. Đọc bằng môi:

Dạy trẻ khó khăn về nghe bằng cách đọc bằng môi để trẻ có thể hiểu được nội dung, lời nói nên nói chậm sau cho những cử động của môi có thể được trẻ quan sát và hiểu.

5.2. Ngôn ngữ ra hiệu:

Giao tiếp bằng ngôn ngữ ra hiệu cũng cho biết ý nghĩa của ngôn từ. Ngôn ngữ ra hiệu được sử dụng kết hợp đồng thời với các loại ngôn ngữ khác, có thể dùng tay ra hiệu bằng nhiều cách để giao tiếp dùng tay để diễn tả hành động hoặc diễn tả việc làm.

5.3. Vẽ viết đọc:

Cần dạy cho trẻ vẽ viết đọc ngay từ sớm trước khi trẻ đến tuổi đi học, trẻ có thể dùng ngón tay vẽ lên cát hoặc bằng bút chì, dạy trẻ đọc và viết từ đơn giản.

5.4. Ngôn ngữ hình ảnh:

Nếu trẻ không học được những cách giao tiếp đã hướng dẫn trên thì luyện trẻ giao tiếp bằng cách sử dụng hình ảnh, dùng tranh ảnh để biểu thị điều ta muốn diễn tả và điều trẻ muốn, nhắc lại nhiều lần cho đến khi trẻ hiểu được bức tranh.

Những điều lưu ý khi huấn luyện người có khó khăn về nghe nói:

- Nói chậm, rõ, chuẩn
- Không ép họ nói, đặc biệt là trước đám đông và người lạ
- Nói tự nhiên, vui vẻ

Khuyến khích họ giao tiếp với những người bình thường khác càng nhiều càng tốt.

PHCN cho người khó khăn về nghe nói là công việc khó khăn, cần kiên trì để đưa người tàn tật hội nhập với xã hội./.

C. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI MẤT CẢM GIÁC

1.1 Định nghĩa:

Bệnh phong là bệnh do vi khuẩn Mycobacterium Leprae đột nhập vào cơ thể qua da hoặc niêm mạc mũi, họng, phát triển và gây bệnh

1.2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh phong:

Tàn tật mà bệnh phong gây nên chủ yếu là tổn thương thần kinh ngoại biên dẫn đến giảm và mất cảm giác

1.2.1. Triệu chứng sớm:

- *Rối loạn cảm giác*: Tê bì, kiến bò, mất cảm giác (kim châm, câu véo không đau, cháy bỏng không biết)

- *Thay đổi màu sắc da*: (giát trắng, giát hồng) phía trong mất cảm giác

1.2.2. Triệu chứng toàn phát:

Tổn thương da:

+ *Mãng củ*: Hình tròn, bầu dục và hình vòng cung bờ thường nổi cao, màu hồng, giới hạn rõ, giữa trũng xuống, châm kim mất cảm giác

+ *Mãng thâm nhiễm*: Thường là màu hồng, giới hạn không rõ, số lượng nhiều, bóng láng

+ *U phong*: Màu hồng, nổi cao, sờ chắc, bóng láng, giới hạn mờ, đối xứng

+ *Cục*: Hình bán cầu, màu đỏ bóng, to bằng hạt đỗ, hạt ngô, giới hạn mờ, đối xứng

Tổn thương thần kinh:

+ *Rối loạn cảm giác* xảy ra ngay trên các tổn thương da

+ *Viêm các dây thần kinh*: Mặt, cổ nông, trụ, giữa, quay, hông khoeo ngoài....

Rối loạn dinh dưỡng và bài tiết: Dẫn đến rụng lông mày, da dày sừng, xám, khô, teo, loét ổ gà

Tổn thương ngũ quan, phủ tạng: Mất mù, khản tiếng, mũi sập, viêm hạch, viêm tinh hoàn ...

2. Điều trị, chăm sóc:

Nguyên tắc điều trị và chăm sóc:

Bao gồm 4 phương diện:

- Phát hiện và điều trị sớm, điều trị thuốc lâu dài để kiểm soát vi khuẩn phong

- Điều trị di chứng của bệnh phong: Loét, bỏng, tổn thương co rút...

- Bệnh phong khó lây, có thể chữa khỏi, người bệnh có thể được điều trị tại nhà

- Gia đình và cộng đồng tạo điều kiện giúp đỡ để người bệnh hội nhập xã hội

3. Phòng ngừa tàn tật và một số dụng cụ PHCN cho người mất cảm giác:

3.1. Phòng ngừa tàn tật khi bàn tay, bàn chân mất cảm giác:

3.1.1. Thực hiện 4 không:

- Không đưa tay, chân gần bếp lửa, dầu sôi, nước nóng
- Không đi chân đất, không đi bộ quãng đường dài
- Không để da khô, nứt nẻ
- Không coi thường tổn thương nhẹ

3.1.2. Thực hiện 5 nên:

- Ngâm rửa tay chân sạch bằng nước xà phòng
- Xoa dầu thực vật ngày 2 lần lên chỗ da khô
- Sử dụng các vật phải đun nóng hàng ngày nên có tay cầm bọc lót cách nhiệt để phòng bỏng hoặc đeo găng tay bằng vải dày khi làm việc, mang giày dép an toàn.
- Tự chăm sóc bàn tay bàn chân.

3.1.3. Phòng ngừa tổn thương mắt do chứng hờ mi.

- Đeo kính râm để tránh bụi, tránh nắng
- Tập nhắm mắt hàng ngày, tập đảo nhãn cầu
- Giữ gìn mắt sạch sẽ, rửa mắt bằng khăn sạch
- Nếu mắt khô phải tra thuốc mỡ vào mắt
- Nếu là mắt thờ khi nằm ngủ phải dùng khăn sạch che mắt, tránh bụi bặm rơi vào

3.2. Một số dụng cụ PHCN cho người mất cảm giác:

- Người bị mất cảm giác nên đi giày, dép để tránh tổn thương ở chân.
- Không dùng giày đóng đinh hoặc chữa bằng đinh vì đinh có thể làm tổn thương chân. Thay vì dùng đinh đóng giày dép hoặc guốc phải dán hoặc khâu.
- Người bị mất cảm giác có thể bị tổn thương thần kinh, bàn chân hay bị rủ xuống khi đi quệt chân xuống đất, cần hướng dẫn cho họ cái nâng bàn chân.
- Hướng dẫn cho người bệnh lót đế bằng cao su mềm hoặc vải để đi cho êm chân.

Các dụng cụ trợ giúp

1. Tay cầm của tất cả các phương tiện trợ giúp phải thật nhẵn để không bị xây sát khi sử dụng.
2. Sử dụng tay vòng đỡ để cầm ca nước nóng.
3. Vòng đỡ làm bằng cán gỗ.
4. Các dụng cụ tay cầm bằng kim loại phải bọc lót vải và cao su cách nhiệt để tránh bỏng khi nấu nướng hoặc khi đang nóng.
5. Hướng dẫn cho người bệnh dùng muôi cán gỗ hoặc muôi gỗ.
6. Hướng dẫn cho người bệnh làm gấp kẹp có cán gỗ hoặc bọc lót vải, cao su để gấp than, củi hoặc các vật đang nóng.

Kết luận:

Bệnh phong không phải là một bệnh di truyền cũng không phải là một bệnh lây lan mạnh như quan niệm cũ trước đây mà bệnh chỉ có một tỷ lệ lây rất ít từ 3-6%.

Ngày nay điều trị và PHCN cho người bị bệnh phong rất có kết quả không những do tác dụng của đa hóa trị liệu mà còn do quan niệm của mọi người trong xã hội đối với

bệnh phong đã thay đổi, người bệnh có thể điều trị tại nhà không phải đến trại tập trung nữa. Người bệnh phong nếu không được phát hiện sớm, điều trị và PHCN thường để lại nhiều di chứng nghiêm trọng có thể dẫn đến tàn tật. Những di chứng và tàn tật chủ yếu gây nên do tính chất mất cảm giác của bệnh nhân.

PHCN cho người bị bệnh phong là dùng đủ thuốc, đủ liều và đủ thời gian kết hợp với các phương pháp VLTL và PHCN cũng như thay đổi cơ bản quan niệm về bệnh phong nhằm cho người bệnh hòa nhập vào xã hội.

6. Phục hồi về mặt xã hội:

6.1. Thông tin về giáo dục:

Trường học, trung tâm y tế, kịch vui, hài, vô tuyến, v.v... có thể được sử dụng để giáo dục cộng đồng về bệnh phong.

Thông tin giáo dục nên:

- Cố gắng giảm những nỗi sợ hãi về bệnh phong cho họ biết có thể chữa khỏi không để lại tàn tật nào nếu được phát hiện sớm và điều trị tại nhà.
- Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán và điều trị sớm.
- Cách nhận biết các dấu hiệu sớm, hướng dẫn mọi người đến nơi khám và điều trị.
- Kể các câu chuyện thực tế về người bệnh phong đã được giúp đỡ và được chữa khỏi.

6.2. Lồng ghép chương trình chống phong vào chương trình CSSKBD:

Quan tâm đến công tác phát hiện bệnh phong trong khám chữa bệnh hàng ngày, nhất là bệnh ngoài da. cán bộ y tế và mọi người nên nhìn nhận bệnh phong như những bệnh khác.

6.3. Khám thường xuyên:

Để phát hiện mảng da khác màu và các dấu hiệu sớm của bệnh phong lồng ghép với các chuyên khoa khác. Qua khám sức khỏe các đối tượng như nghĩa vụ quân sự, học sinh, cán bộ, công nhân viên chức, tuyển sinh.

6.4. Thuyết phục cộng đồng:

Đề nghị nhà nước tạo điều kiện cho người bị bệnh phong có công ăn việc làm, tham dự các cuộc họp, các sinh hoạt công cộng, trẻ em bị bệnh phong được đến trường học bình thường./.

D. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỊ ĐỘNG KINH

1. Đại cương:

1.1. Định nghĩa:

Động kinh là những cơn mất ý thức ngắn, định hình đột ngột có khuynh hướng chu kỳ tái phát, khi lên cơn có thể không kiểm soát được.

1.2. Đặc điểm cơn động kinh:

Bệnh nhân ngã xuống bất kỳ lúc nào, bất kỳ nơi nào, ngay cả lúc ngủ, co giật chân tay nhịp nhàng, mắt trợn ngược có thể sùi bọt mép, có thể đại tiểu tiện trong cơn, cơn nặng có thể đưa đến hôn mê.

2. Nguyên nhân:

Động kinh do não tổn thương hoặc do tình trạng bất bình thường của não bao gồm

2.1. Tổn thương não:

Nguyên nhân này chiếm ít nhất 1/3 tổng số, tổn thương có thể là lúc trước, trong và sau khi sinh.

2.2. Có tính chất gia đình: Chiếm 1/3 trường hợp.

2.3. Không rõ nguyên nhân: 1/3 trường hợp không tìm thấy nguyên nhân.

3. Các dạng động kinh thường gặp:

3.1. Động kinh cơn lớn:

- Cơn kích thích toàn bộ vỏ não.
- Triệu chứng báo trước:
 - + Thay đổi tính tình
 - + Đau đầu, ngủ không yên giấc
 - + Có thể ăn nhiều, đói nhiều, ho, rối loạn tiêu hóa
 - + Các cử động bất thường, kích thích hoặc thờ ơ
 - + Mắt đảo ngược, mồm kêu la

Tiếp theo là cơn động kinh, chia thành 3 giai đoạn

* *Giai đoạn tăng trương lực cơ:* Mất ý thức, tất cả các cơ gồng cứng, mắt đảo, mặt tím, tím bầm cơ thể, tay nắm chặt có thể cắn răng vào lưỡi.

* *Giai đoạn co giật:* Giật chi và những phần khác của cơ thể, không kiểm soát được đại tiểu tiện.

* *Giai đoạn duỗi cơ:* Các cơ thư giãn hoàn toàn, người mềm nhũn, bệnh nhân ngủ dài, khi hồi phục không nhớ gì nữa, ý thức u ám, cơ thể bị kích động mà làm điều phi pháp.

3.2. Động kinh cơn nhỏ:

Bệnh nhân mất ý thức hoàn toàn, đột ngột ngừng hoạt động và nhìn lơ đãng vào khoảng trống làm rơi vật đang giữ trong tay có thể có một nhóm cơ co thắt lại rung giật mí mắt.

3.3. Động kinh cục bộ:

Bệnh nhân thường bị mất ý thức, biểu hiện bằng rối loạn vận động và cảm giác.

3.4. Động kinh tâm thần vận động:

Bao gồm các triệu chứng khác nhau như ảo giác, khứu giác, vị giác, thính giác, thị giác, có hành vi bất thường.

4. Các biện pháp xử trí và phục hồi chức năng:

4.1. Cách xử trí người đang lên cơn động kinh:

4.1.1. Năm việc nên làm:

- Đặt người bệnh vào nơi an toàn, xa bếp lửa, xa đường giao thông

- Cởi bớt áo và đặt dưới đầu
- Nới lỏng quần áo
- Đặt người bệnh nằm nghiêng để đờm giải chảy ra ngoài
- Ở bên cạnh người bệnh đến khi họ tỉnh táo, giải thích cho họ rõ mọi điều

4.1.2. *Năm việc không được làm:*

- Không bỏ bất cứ vật gì vào mồm bệnh nhân kể cả thuốc
- Không cho ăn uống gì cả
- Không cho bất cứ thuốc gì kể cả tiêm
- Không ngăn cản các động tác khi lên cơn của người bệnh
- Không để lên da bất cứ vật gì

4.1.3. *Khi lên cơn động kinh:*

Nếu có bị thương phải rửa vết thương rồi băng lại bằng gạc sạch, nếu bị bỏng, bị thương nặng thì phải đưa đến cơ sở y tế để điều trị.

4.2. Các biện pháp PHCN:

4.2.1. *Huấn luyện cho người bị bệnh động kinh:*

- *Học hành:* Trẻ bị động kinh phải được đi học, tạo điều kiện cho trẻ có cơ hội học cùng trường với trẻ bình thường, hãy nói với giáo viên và bạn học của trẻ về những khó khăn trẻ đang gặp phải vì bệnh động kinh, hướng dẫn họ biết cách xử trí khi trẻ lên cơn co giật, hỏi giáo viên xem ở nhà cần dạy cho trẻ những gì, tăng cường giúp đỡ trẻ học tập ở nhà.

- *Tự chăm sóc cá nhân:* Tự ăn uống, tắm giặt, đánh răng, rửa mặt, đại tiểu tiện, mặc quần áo một mình đi dạo quanh làng xóm an toàn...

- *Khi huấn luyện họ bạn chú ý:* Mỗi công việc được chia ra thành nhiều bước, mỗi lần dạy họ một bước mô tả và giải thích những gì phải làm trong từng bước. Bảo người huấn luyện làm thử bước đầu, chỉ giúp họ thật cần thiết để kết thúc động tác, bạn làm nốt phần còn lại, làm đi làm lại nhiều lần các lần sau bớt dần sự giúp đỡ cho đến khi họ tự làm được.

4.2.2. *Bảo đảm an toàn cho người động kinh:*

- Bố trí gọn gàng, hợp lý nơi ở, trường học, nơi làm việc để đề phòng chấn thương khi bị động kinh. Ví dụ: Không cho họ tắm một mình nơi ao, hồ, sông suối, không để họ làm việc ở ruộng nước, không làm việc trên cao, không trèo thang...

4.2.3. *Hướng dẫn người bị động kinh sử dụng thuốc theo chỉ định của thầy thuốc:*

- Uống thuốc đủ liều, đúng giờ qui định, đủ thời gian không được quên hoặc tự ý ngừng thuốc.

- Thuốc phải ghi rõ tên, để riêng ở nơi qui định ngoài tầm tay trẻ em, nếu họ không biết chữ phải chỉ dẫn bằng hình vẽ tương ứng với từng liều lượng thuốc.

- Nếu hết thuốc phải xin thêm ở cán bộ y tế, đảm bảo cho bệnh nhân không thiếu thuốc.

4.2.4. *Hòa nhập xã hội:*

Người động kinh có thể hòa nhập xã hội là thành viên của cộng đồng, trẻ em có thể đi học ở trường, vui chơi và tham gia mọi hoạt động mà các bạn cùng lứa có thể làm. Người lớn có thể làm mọi việc trong nhà, có thể có nghề nghiệp để tăng thu nhập cho cuộc sống và có thể tham gia mọi hoạt động xã hội.

4.2.5. Sắp xếp việc làm có thu nhập:

- Bố trí, sắp xếp cho người bị động kinh có công ăn việc làm để họ có thể tự chăm lo sinh hoạt cho bản thân. Qua lao động họ gắn bó với xã hội, vui vẻ, phấn khởi và có thể cơn động kinh ít hơn.

- Không bố trí họ làm việc ca kiếp.

- Không bố trí họ làm việc ban đêm.

- Không bố trí họ làm việc trên cao, dưới nước, gần lửa, máy móc,.. phải có bảo hiểm, che chắn an toàn.

- Không làm những việc gây căng thẳng thần kinh, tinh thần.

4.2.6. Huấn luyện gia đình và xã hội:

- Giải thích, giúp đỡ cho gia đình và mọi người trong cộng đồng hiểu rõ về bệnh động kinh, để họ có những kiến thức cơ bản về động kinh, biết chăm sóc và giúp đỡ mọi người.

- Phải giúp hiểu rằng động kinh không phải là do trời phạt, không do ma làm, không phải bệnh điên, không phải là hậu quả của những hành vi xấu của cha mẹ gây nên, bệnh không lây.

- Tránh kết hôn gần huyết thống, đặc biệt gia đình có tiền sử bệnh động kinh./.

E. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN

1. Định nghĩa:

Bệnh tâm thần là do hoạt động của não bị rối loạn, người bệnh có biến đổi bất thường về lời nói, cảm xúc, hành vi, tác phong.

2. Nguyên nhân:

2.1. Chấn thương về tâm lý:

- Tinh thần quá căng thẳng

- Thất vọng trong cuộc sống

2.2. Chấn thương sọ não: Do tai nạn

2.3. Bệnh lý:

- Khối u não

- Viêm màng não

- Ngộ độc

2.4. Tệ nạn xã hội: Nghiện ma túy

2.5. Di truyền:

3. Triệu chứng lâm sàng:

- Nhức đầu, mất ngủ
- Thay đổi tính tình
- Tính cách thay đổi
- Ảo ảnh: Nghe, nhìn, thấy cái không có xung quanh
- Lên cơn kích động hoặc ủ rũ
- Kém phát triển trí tuệ

4. Chăm sóc và PHCN cho người có hành vi xa lạ:

4.1. Y tế: Chủ yếu là chăm sóc và sử dụng thuốc

4.1.1. Chăm sóc: Ăn uống, vệ sinh

- Ăn uống:

- + Huấn luyện ăn đúng giờ, ăn uống sạch
- + Cách ăn giữ vệ sinh
- + Ăn cùng với gia đình

- Vệ sinh:

- + Huấn luyện tắm rửa, đánh răng, chải đầu
- + Tự đi tiểu tiện, cách mặc quần áo

4.1.2. Sử dụng thuốc:

- Đủ liều, đủ thời gian theo chuyên khoa
- Khám bệnh định kỳ
- Hướng dẫn người nhà nếu thấy xuất hiện thêm các triệu chứng khác phải đi khám ngay.

4.2. Xã hội và gia đình:

- Giải thích cho cộng đồng và gia đình rõ người có hành vi xa lạ là bị bệnh lý cần được điều trị, cần PHCN để hòa nhập vào cộng đồng
- Gia đình chấp nhận và yêu thương chăm sóc người bệnh

4.3. Kinh tế:

- *Thuyết phục* người bệnh trở lại vai trò trách nhiệm với cộng đồng, tham gia sinh hoạt càng sớm thì càng phục hồi nhanh
- *Huấn luyện:* Khuyến khích người bệnh tìm việc làm, làm những việc nhẹ đến những việc khó như dọn dẹp nhà cửa, nấu ăn. Trong khi huấn luyện giai đoạn đầu, người hướng dẫn có thể làm cùng người bệnh, khi người bệnh làm được thì động viên khích lệ để họ tự làm.

5. Hậu quả của tâm thần:

- Mất khả năng lao động học tập.
- Cuộc sống gia đình bị xáo trộn, khổ tâm vất vả cho người thân
- Gây tốn kém về kinh tế cho gia đình, xã hội do phải điều trị lâu dài
- Gây mất trật tự an ninh cho xã hội vì người bệnh có thể gây tai nạn và tội ác
- Gây thương tích cho người thân

*** Những điểm cần nhớ khi chăm sóc PHCN cho người bệnh**

- Phải tạo cho họ cảm giác được tôn trọng

- Bình tĩnh, kiên trì, không vội vàng, không hấp tấp trong PHCN
- Để bệnh nhân kể hết phiền toái của họ
- Đừng tranh luận với người bệnh
- Không hỏi những câu hỏi không cần thiết, không hỏi quá lâu
- Không để đám đông tụ tập quanh bệnh nhân
- Không gây mất lòng tin ở bệnh nhân và gia đình./.

F. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRẺ BẠI NÃO

1. Định nghĩa:

Bại não là 1 nhóm những rối loạn của hệ thần kinh trung ương gây ra do nhiều nguyên nhân, ảnh hưởng vào các giai đoạn trước, trong và sau khi sinh cho đến 5 tuổi với hậu quả biến thiên bao gồm những bất thường về vận động, giác quan tâm thần, hành vi.

2. Nguyên nhân:

2.1. Trước khi sinh:

- Mẹ mang thai trong 3 tháng đầu bị nhiễm cúm nặng hay các bệnh do virus khác
- Mẹ mang thai bị đái tháo đường, nhiễm độc thai nghén nặng
- Yếu tố gia đình: Trong gia đình có nhiều người khác cũng bị bệnh tương tự
- Mẹ mang thai bị chấn thương, bị phẫu thuật
- Các tình trạng của thai dẫn đến thiếu oxy não như dây rốn quấn cổ

2.2. Trong khi sinh:

- Cuộc chuyển dạ kéo dài
- Sang chấn sản khoa: Đẻ khó, can thiệp sản khoa
- Đẻ non đặc biệt dưới 28 tuần
- Cân nặng của trẻ thấp đặc biệt dưới 1500gr

2.3. Sau khi sinh:

- Chấn thương sọ não: Do ngã, chấn thương
- Bất đồng yếu tố Rh giữa mẹ và con gây vàng da nhân
- Xuất huyết não
- Nhiễm khuẩn thần kinh: Viêm não, viêm màng não
- Thiếu oxy não do ngạt nước, ngộ độc khí, sốt cao co giật

2.4. Không rõ nguyên nhân:

- Một số trẻ bại não nhưng không tìm thấy nguyên nhân
- Ở Việt Nam nguyên nhân trước, trong khi sinh của 70% trẻ bại não là do ngạt, đẻ non, can thiệp dụng cụ... Nhóm viêm não chiếm 80% ở nhóm sau khi sinh

3. Một số dấu hiệu nhận biết sớm trẻ bại não:

1. Trẻ đẻ ra không khóc ngay, khóc yếu hoặc tím tái
2. Sau khi sinh trẻ bạo não thường khóc ngằn ngặt, rờn rã nhiều tháng, khó chịu. Một số trẻ bại não khác lại lờ đờ, ít đáp ứng
3. Trẻ bại não sau khi sinh thường mềm nhẽo

4. Trẻ mềm rũ người xuống giống chữ " U " hoặc không vận động
5. Trẻ bại não có thể bị mềm đến nỗi đầu luôn rũ xuống hoặc hay uốn mạnh ra phía sau. Hoặc đột ngột trẻ trở nên cứng đờ như tấm ván
6. Chậm phát triển so với trẻ cùng tuổi, trẻ bại não thường chậm biết giữ đầu cổ, chậm biết lẫy, chậm biết ngồi, chậm biết đi
7. Trẻ gặp khó khăn khi ăn uống, khó mút bú, nuốt, nhai hay bị sặc hoặc nghẹn, thậm chí về sau này khi trẻ lớn lên vẫn gặp khó khăn trong ăn uống
8. Không biết cầm nắm bằng hai tay hoặc chỉ cầm nắm bằng 1 tay
9. Khó khăn trong chăm sóc trẻ, cha mẹ thường thấy khi bế ẵm, tắm rửa hay thay quần áo cho trẻ vì trẻ cứng đờ.
10. Trẻ bại não thường gặp khó khăn trong giao tiếp, trẻ không đáp ứng hoặc hành động như những đứa trẻ bình thường. Một phần do trẻ bị mềm nhẽo hoặc co cứng, thiếu các điệu bộ cử chỉ của tay, hoạt động của cơ mặt, mặt khác có thể do trẻ chậm biết nói
11. Khả năng thăng bằng kém
12. Trẻ bại não có thể bị động kinh kèm theo
13. Trẻ bại não có thể bị điếc (khó nghe) hoặc mù (khó khăn về nhìn) bẩm sinh. Nếu không phát hiện ra gia đình có thể cho rằng, trẻ chậm phát triển tinh thần
14. Thay đổi hành vi liên tục: Trẻ bại não đột nhiên khóc rồi lại cười hay sợ hãi, tức giận./.

G. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI KHÓ KHĂN VỀ VẬN ĐỘNG

I. CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY KHÓ KHĂN VỀ VẬN ĐỘNG:

1. Các bệnh về khớp: Viêm đa khớp dạng thấp, viêm cột sống, dính khớp, thoái hóa khớp
2. Sau chấn thương: Gãy xương, bong gân, trật khớp, chấn thương cột sống, chấn thương sọ não
3. Người bị cắt cụt chi
4. Các dị tật bẩm sinh: Gai đôi cột sống, bàn chân khoèo, trật khớp
5. Bại não, bại liệt, viêm não, viêm tủy sống
6. Tai biến mạch máu não gây liệt nửa người
7. Bệnh nhân nằm lâu trên giường gây teo cơ, cứng khớp
8. Thái độ của gia đình, cộng đồng đối với người tàn tật
9. Môi trường không thích hợp
10. Ngành PHCN kém phát triển

II. KỸ THUẬT CHĂM SÓC, PHCN CHO NGƯỜI KHÓ KHĂN VỀ VẬN ĐỘNG:

1. Tập luyện nghiêm:

- Nếu người tàn tật không làm được: Tập có trợ giúp

- Nếu người tàn tật không làm được: Hướng dẫn họ chủ động tự lăn sang bên này sang bên kia

- Đối với trẻ em: Người giúp đỡ ngồi hoặc đứng và nâng trẻ lên quá tầm, dùng 2 tay nắm lấy 2 cẳng tay của trẻ và cho trẻ lăn qua lăn lại

2. Tập ngồi dậy:

- Chống 2 khuỷu tay để tự ngồi dậy

- Hoặc nằm nghiêng sang một bên rồi tự đẩy người lên

- Có thể buộc dây thừng vào tường nhà hoặc cửa sổ để kéo

3. Các bài tập giúp bệnh nhân ngồi chắc chắn, an toàn:

Tập thăng bằng ngồi: Đẩy nhẹ người tàn tật sang bên này hoặc sang bên kia, khi bệnh nhân đã giữ thăng bằng được thì để họ tự luyện tập

4. Các bài tập tốt đối với tay:

- Để người tàn tật 2 tay đan vào nhau, duỗi 2 tay ra trước, đưa lên trên quá đầu, sau đó đưa trở lại vị trí ban đầu

- Hai tay cài vào nhau đưa lên miệng rồi trở lại vị trí ban đầu

- Đưa 2 tay sang 2 bên

- Tập tung bóng

- Tập với gậy: Nâng gậy lên đầu, nắm tay cầm gậy

5. Các bài tập tốt đối với chân:

- Tập ở tư thế nằm ngửa: Tập nâng chân, lúc đầu nâng từng chân sau cả 2 chân lên, tập đưa chân sang bên đây rồi sang bên kia

- Tập ở tư thế nằm sấp: Tập nâng cả 2 cẳng chân lên, hạ xuống

6. Tập đứng lên khi đang nằm trên sàn nhà hoặc giường:

7. Tập đứng lên khi đang ngồi trên ghế:

8. Hướng dẫn người tàn tật tập đi:

- Tập đi có sự trợ giúp

- Tập đi với thanh song song

- Tập lên xuống cầu thang

- Tập đi với khung tập đi

- Tập đi với nạng, gậy

- Tập đi lại một mình

9. Hướng dẫn người tàn tật sử dụng một số dụng cụ trợ giúp, sinh hoạt, di chuyển:

10. Hướng dẫn người tàn tật ăn uống, vệ sinh, thay quần áo:

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Hãy trình bày định nghĩa, nguyên nhân của bệnh tâm thần?

2. Hãy trình bày triệu chứng lâm sàng của bệnh tâm thần?

3. Hãy trình bày cách chăm sóc và PHCN bệnh tâm thần?

4. Hãy trình bày hậu quả của bệnh tâm thần?

5. Hãy trình bày những điểm cần nhớ khi chăm sóc và PHCN của bệnh tâm thần?

6. Hãy trình bày định nghĩa và đặc điểm của bệnh động kinh?
7. Hãy trình bày đặc điểm động kinh cơn lớn?
8. Hãy trình bày đặc điểm động kinh cơn nhỏ, cục bộ, tâm thần vận động?
9. Hãy trình bày cách xử trí người đang lên cơn động kinh?
10. Hãy trình bày các biện pháp PHCN cho bệnh động kinh?
11. Hãy trình bày triệu chứng lâm sàng của bệnh phong?
12. Hãy trình bày 4 không trong phòng ngừa tàn tật khi bàn tay, bàn chân mất cảm giác?
13. Hãy trình bày 5 nên trong phòng ngừa tàn tật khi bàn tay, bàn chân mất cảm giác?
14. Hãy trình bày chứng hờ mi trong phòng ngừa tàn tật khi bàn tay, bàn chân mất cảm giác?
15. Hãy nêu một số dụng cụ PHCN cho người mất cảm giác?
16. Hãy trình bày cách phục hồi về mặt xã hội đối với người bị bệnh phong?
17. Hãy định nghĩa, nguyên nhân người có khó khăn về nghe – nói?
18. Hãy trình bày cách phát hiện người có khó khăn về nghe – nói?
19. Hãy trình bày cách huấn luyện người có khó khăn về nghe – nói?
20. Hãy trình bày những phương pháp dạy người có khó khăn về nghe – nói?
21. Hãy trình bày những lưu ý khi huấn luyện người có khó khăn về nghe – nói?
22. Hãy kể các nguyên nhân gây khó khăn về học?
23. Hãy trình bày đầy đủ định nghĩa, nguyên nhân, cách phát hiện h/c Down?
24. Hãy trình bày đầy đủ định nghĩa, nguyên nhân, cách phát hiện, điều trị bệnh đàn độn?
25. Hãy phân biệt hội chứng Down và bệnh đàn độn?
26. Hãy trình bày sự khác nhau giữa chậm phát triển trí tuệ và bệnh tâm thần?
27. Hãy trình bày cách giúp người khó khăn về học?
28. Hãy trình bày cách kích thích sớm giúp trẻ phát triển cả về thể chất và tinh thần?
29. Hãy trình bày cách giáo dục đặc biệt, đề phòng biến dạng, tạo việc làm cho người khó khăn về học?
30. Hãy nêu những nguyên nhân gây khó khăn về nghe, nói, học?
31. Hãy nêu cách phát hiện trẻ < 6 tháng tuổi và trẻ < 36 tháng tuổi có khó khăn về nghe, nói, học?
32. Hãy nêu cách PHCN cho người khó khăn về nghe, nói, học?
33. Hãy nêu những phương pháp dạy cho người khó khăn về nghe, nói, học?
34. Hãy nêu những nguyên nhân gây bại não?
35. Hãy nêu 14 dấu hiệu phát hiện sớm trẻ bại não?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sách Vật lý trị liệu- Phục hồi chức năng (Sách chuyên khảo dùng cho cán bộ chuyên ngành phục hồi chức năng) Khoa phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai- Quỹ cứu trợ bệnh phong HÀ LAN
2. Sách Vật lý trị liệu- Phục hồi chức năng.
3. Sách Y học phục hồi 2020, nhà xuất bản Hà Nội