

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

GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

NGÀNH: ĐIỀU DƯỠNG ĐA KHOA

TRÌNH ĐỘ: CAO ĐẲNG

*Ban hành kèm theo Quyết định số: 118A/QĐ-Bạc Liêu, ngày 25 tháng 06 năm 2021
của Hiệu trưởng Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu.*

Bạc Liêu, năm 2021s

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại sách 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 CCSKTT - Phục hồi chức năng được biên soạn theo chương trình giáo dục Cao đẳng điều dưỡng 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 điều dưỡng 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 CCSKTT - Phục hồi chức năng cho sinh viên/ học viên Cao đẳng điều dưỡng; Bộ môn đã tiến hành biên soạn quyển giáo trình này để đáp ứng nhu cầu thực tế trong công tác đào tạo điều dưỡng 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 điều dưỡng nói chung và CCSKTT - Phục hồi chức năng cho nói riêng.

Giáo trình CCSKTT - Phục hồi chức năng cho 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 CCSKTT - Phục hồi chức năng cho, quyển giáo trình được hội đồng nghiệm thu cấp Trường để giảng dạy cho sinh viên/ học viên trình độ Cao đẳng.

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.

BỘ MÔN LÂM SÀNG

Tham gia biên soạn

Chủ biên:

Bs.CKI.Tăng Thị Thủy

Tổ biên soạn:

1. Bs.CKI.Tăng Thị Thủy
2. Bs.Giang Thị Mỹ Vân
3. Bs.Nguyễn Phước Thọ

Bài 1. ĐẠI CƯƠNG VỀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG.....	9
BÀI 2. MỘT SỐ PHƯƠNG THỨC ĐIỀU TRỊ VLTL.....	17
Bài 3. CS – PHCN CHO BỆNH NHÂN BỎNG - CẮT CỤT CHI.....	20
CHĂM SÓC - PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH NHÂN BỎNG.....	24
Bài 4. CS – PHCN CHO NGƯỜI BỊ TBMMN – GÃY XƯƠNG.....	29
CHĂM SÓC - PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY XƯƠNG.....	32
CS - PHCN CHO NGƯỜI KHÓ KHĂN VỀ VẬN ĐỘNG.....	34
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH VỀ KHỚP.....	38
Bài 5. CS - PHCN CHO NGƯỜI KHÓ KHĂN VỀ NHÌN, NGHE NÓI, MẮT CẢM GIÁC, CHẬM PHÁT TRIỂN TINH THẦN.....	42
CS - PHCN CHO NGƯỜI MẮT CẢM GIÁC.....	42
CS - PHCN CHO NGƯỜI KHÓ KHĂN VỀ HỌC.....	45
CS – PHCN CHO NGƯỜI KHÓ KHĂN VỀ NGHE - NÓI.....	50
CS - PHCN CHO NGƯỜI CÓ HÀNH VI XA LẠ.....	53
CS – PHCN TÔN THƯƠNG THẦN KINH NGOẠI BIÊN.....	55
Bài 6. CS – PHCN CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘNG KINH, TÂM THẦN,.....	57
HÔ HẤP, TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT.....	57
CS – PHCN CHO NGƯỜI BỆNH HÔ HẤP.....	57
CS - PHCN TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT.....	7
Chương 2: CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN.....	10
Bài 7: ĐẠI CƯƠNG VỀ TÂM THẦN HỌC, TRIỆU CHỨNG, NGUYÊN NHÂN VÀ PHÂN LOẠI BỆNH TÂM THẦN.....	10
NGUYÊN NHÂN VÀ PHÂN LOẠI BỆNH TÂM THẦN.....	15
Bài 8: CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN VÀ SA SÚT TRÍ TUỆ.....	18
Bài 9: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY NHƯỢC THẦN KINH, HYSTERIA, ĐỘNG KINH, TÂM THẦN DO RƯỢU, RỐI LOẠN TÂM THẦN HÙNG CẢM - TRẦM CẢM, TÂM THẦN PHÂN LIỆT ...	20
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY NHƯỢC THẦN KINH.....	22
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH.....	23
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TÂM THẦN DO RƯỢU.....	25
CSBN RỐI LOẠN TÂM THẦN HÙNG-TRẦM CẢM.....	27
CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT.....	30
Bài 10: CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN, THEO DÕI CHĂM SÓC CÁC TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU TRONG TÂM THẦN, PHỤ GIÚP THẦY THUỐC KHÁM VÀ LÀM CÁC LIỆU PHÁP CHỮA BỆNH TÂM THẦN.....	32
TDCS CÁC TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU TÂM THẦN.....	34
PHỤ GIÚP THẦY THUỐC KHÁM VÀ LÀM CLPCBTT.....	36
Bài 11: VỆ SINH PHÒNG BỆNH TÂM THẦN.....	38

Tên môn học: CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN - PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Mã môn học: DD.V.21

Thời gian thực hiện môn học: 75 giờ (Lý thuyết: 28 giờ; Lâm sàng: 44 giờ; Kiểm tra: 03 giờ).

I. VỊ TRÍ, TÍNH CHẤT MÔN HỌC:

Vị trí: Môn học Chăm sóc sức khỏe tâm thần và phục hồi chức năng được bố trí sau khi sinh viên học xong các môn học Chăm sóc sức khỏe người bệnh Nội khoa và Chăm sóc sức khỏe người bệnh Ngoại khoa.

Tính chất: Môn học này cung cấp cho sinh viên các kiến thức cơ bản về phục hồi chức năng và chăm sóc người bệnh tâm thần như các phương thức điều trị bằng vật lý trị liệu, kỹ thuật phục hồi chức năng, đồng thời phụ giúp bác sĩ thăm khám và làm các liệu pháp tâm thần. Vận dụng những kiến thức trên vào công tác chăm sóc người bệnh hàng ngày.

II. MỤC TIÊU MÔN HỌC:

Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được đại cương về phục hồi chức năng, các phương thức điều trị bằng vật lý trị liệu, chỉ định và chống chỉ định của từng phương thức.
- 1.2. Trình bày được các kỹ thuật phục hồi chức năng cho người bệnh.
- 1.3. Trình bày được đại cương, triệu chứng học, nguyên nhân và phân loại tâm thần, các phương pháp điều trị theo dõi chăm sóc bệnh tâm thần, phụ giúp thầy thuốc khám và làm các liệu pháp chữa tâm thần.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Vận dụng và kết hợp được các kiến thức kỹ thuật phục hồi chức năng vào công tác chăm sóc người bệnh hàng ngày.
- 2.2. Lập và thực hiện được kế hoạch phục hồi chức năng cho người bệnh.
- 2.3. Lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh tâm thần và vệ sinh phòng bệnh tâm thần.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm:

- 3.1. Có thái độ chủ động, tích cực trong quá trình thực tập, phối hợp làm việc nhóm có hiệu quả với các sinh viên khác trong quá trình học tập.
- 3.2. Luôn có ý thức rèn luyện đạo đức, tác phong thận trọng, chính xác trong công tác giao tiếp với người bệnh.

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	THBV	KT
1	Đại cương về phục hồi chức năng	2	2		
2	Các phương thức điều trị bằng vật lý trị liệu	2	2		
3	Phục hồi chức năng cho bệnh nhân bỏng, cắt cụt chi	2	2		

TT	Tên bài trong môn học	Thời gian (giờ)			
		TS	LT	THBV	KT
4	Phục hồi chức năng cho người bệnh bại não, tai biến mạch máu não, gãy xương	3	3		
5	Phục hồi chức năng cho người khó khăn về nhìn, nghe, nói, cảm giác, học, chậm phát triển tinh thần	2	2		
6	Phục hồi chức năng cho người bệnh động kinh, tâm thần, hô hấp, trước và sau mổ	4	3		1
7	Đại cương về tâm thần học, triệu chứng, nguyên nhân và phân loại bệnh tâm thần	4	4		
8	Chậm phát triển tâm thần và sa sút trí tuệ	1	1		
9	Chăm sóc bệnh nhân suy nhược thần kinh, Hysteria, động kinh, tâm thần do rượu, rối loạn tâm thần hưng trầm cảm, tâm thần phân liệt	6	6		
10	Các phương pháp điều trị bệnh tâm thần, theo dõi chăm sóc các trường hợp cấp cứu trong tâm thần, phụ giúp thầy thuốc khám và làm các liệu pháp chữa bệnh tâm thần	3	2		1
11	Vệ sinh phòng bệnh tâm thần	1	1		
12	Thực tập Bệnh viện	45	0	44	1
Cộng		75	28	44	3

B. THỰC HÀNH BỆNH VIỆN

I. MỤC TIÊU

1. Thực hiện được một số kỹ thuật chăm sóc phục hồi chức năng thông thường
2. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc phục hồi chức năng thông thường cho người khiếm khuyết, giảm chức năng, tàn tật.
3. Theo dõi và phát hiện các biến chứng trong quá trình phục hồi chức năng cho người bệnh
4. Hướng dẫn, giải thích cho người bệnh và người nhà của họ tự chăm sóc, luyện tập phục hồi chức năng tại bệnh viện và gia đình.

II. NỘI DUNG

STT	NỘI DUNG THỰC TẬP	CHỈ TIÊU TAY NGHỀ
1	Tiếp nhận người đến khám bệnh và vào khoa VLTL	1
2	Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc PHCN cho người bệnh	1
3	Chuẩn bị dụng cụ và trợ giúp bác sĩ thực hiện kỹ thuật PHCN	1
4	Kỹ thuật ánh sáng trị liệu	1
5	Kỹ thuật điện trị liệu	1
6	Kỹ thuật xoa bóp trị liệu	1
7	Kỹ thuật nhiệt trị liệu	1
8	Chăm sóc và PHCN một số rối loạn chức năng cơ quan hô hấp, tuần hoàn, thần kinh, cơ, xương khớp	1
9	Ghi chép bệnh án và biểu mẫu chăm sóc PHCN	1
10	Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người và gia đình của họ tự chăm sóc, luyện tập PHCN tại bệnh viện và gia đình	1

*** Kiểm tra:**

Lý thuyết: 1 điểm kiểm tra, trắc nghiệm

Thực hành: (20 tiết tại trường, 20 tiết bệnh viện) 1 điểm kiểm tra

*** Thi cuối môn:** 90 phút, trắc nghiệm

*** Cách tính điểm** = (KTLT + KTTH)/2*4 + thi trắc nghiệm*6 /10

Bài 1. ĐẠI CƯƠNG VỀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Thời gian: 2 tiết

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được khái niệm về y học phục hồi.
- 1.2. Trình bày được các hình thức và nguyên tắc của phục hồi chức năng.
- 1.3. Trình bày được các khái niệm về tàn tật và cách phòng ngừa tàn tật.

2. Thái độ

- 2.1. Tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

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: 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: 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, điều 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 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 ứ đọng:* 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 Ruben, 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

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

1.2. 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

1.3. Khiếm khuyết là người đó có ảnh hưởng về giải phẫu hay sinh lý của cơ thể

1.4. 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.

1.5. 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 trách nhiệm với người tàn tật.

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 chuyên 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 lương giá

1. Hãy trình bày định nghĩa Y học phục hồi là gì, Y khoa vật lý là gì?
2. Hãy trình bày nguyên nhân của thương tật, có mấy loại thương tật?
3. Nói rõ nguyên nhân, hậu quả, cách đề phòng của hội chứng không dùng?
4. Hãy trình bày ý nghĩa của dự phòng y học phục hồi?
5. Hãy trình bày quá trình tàn tật và cách phòng ngừa?
6. Hãy trình bày khái niệm về bệnh, khiếm khuyết, giảm chức năng và tàn tật là gì?
7. Hãy trình bày phạm vi của y học phục hồi?
8. Hãy trình bày mục đích của Y học phục hồi?
9. Hãy trình bày ưu điểm của các hình thức phục hồi chức năng?
10. Hãy trình bày nhược điểm của các hình thức phục hồi chức năng?

BÀI 2. MỘT SỐ PHƯƠNG THỨC ĐIỀU TRỊ VLTL THƯỜNG ĐƯỢC ỨNG DỤNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

1.1. Trình bày được những phương thức điều trị bằng vật lý trị liệu.

2. Thái độ

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

2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

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:

- Con 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, trật khớp, viêm, dính, xơ dính

5.2.3. Chống chỉ định:

- Viêm tắc động mạch nặng
- U ác tính
- Các đầu xương, não, tim
- Vùng da mất cảm giác
- Có thai ./.

Câu hỏi lượng giá

1. Nêu chỉ định và chống chỉ định của siêu âm trị liệu
2. Nêu tác dụng sinh lý và chỉ định của dòng điện xung trung tần
3. Nêu tác dụng sinh lý, chỉ định và chống chỉ định của hồng ngoại trị liệu
4. Nêu mục đích và phân loại của vận động trị liệu
5. Nêu mục đích và nguyên tắc của hoạt động trị liệu

Bài 3. CS – PHCN CHO BỆNH NHÂN BỎNG - CẮT CỤT CHI



Thời gian: 2 tiết

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được phân loại bỏng
- 1.2. Trình bày được mục đích và nguyên tắc phục hồi chức năng bệnh nhân bị bỏng.
- 1.3. Trình bày được những biến chứng thứ phát sau phẫu thuật và phương pháp chăm sóc mồm cụt.
- 1.4. Trình bày được cách phục hồi và chăm sóc mồm cụt.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

1. Chăm sóc mồm cụt sau đoạn chi:

1.1. Những biến chứng thứ phát sau phẫu thuật cắt cụt chi:

- **Đau:** Ở khúc cụt có thể do những nguyên nhân như xử lý thần kinh không đúng tạo bấu thần kinh, sẹo vết mổ không đúng tỷ lệ lên vị trí chịu lực. Để khắc phục giải quyết triệt để nguyên nhân.

Ngoài ra một số trường hợp còn có cảm giác đau ma (chima), nghĩa là bệnh nhân thấy đau ở phần chi bị cắt bỏ. Khắc phục tình trạng này bằng liệu pháp tâm lý đối với bệnh nhân.

- **Chảy máu mồm cụt:** Do cầm máu không triệt để, tuột chỉ thắt mạch máu, chảy máu đầu xương hoặc do va chạm vào đầu mồm cụt. Để khắc phục có thể băng ép, chườm lạnh hoặc mổ lại.

- **Viêm tủy xương:** Khắc phục bằng phương pháp điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật.

- **Áp xe cơ:** Chích tháo mủ kết hợp sử dụng kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

- **Sốt chỉ:** Thường gây ra tình trạng viêm loét vết mổ. Cần lấy bỏ chỉ sốt để khắc phục tình trạng này.

- **Viêm da đầu và xung quanh mồm cụt:** Do dị ứng của da và băng hoặc với thuốc bôi trên mồm cụt cũng có thể do yếu tố nhiệt độ gây phỏng, rộp da sau đó viêm loét hoặc do thiếu vệ sinh da.

- **Nhọt sâu trong mô mềm:** Dùng túi chườm nóng để tập trung vùng nhiễm khuẩn nhỏ lại sau đó bóc lột cắt bỏ, nạo vét.

- **Mất cảm giác:** Đây là vấn đề quan trọng vì bệnh nhân không biết được đau do chi giả đè ép làm dập nát tổ chức mà không biết.

1.2. Phương pháp chăm sóc mồm cụt:

Đề phòng những biến chứng trong thời gian đợi mồm cụt lành hoàn toàn để lấp chi giả, cần tiến hành những phương pháp sau:

- Băng mồm cụt bằng băng chun giãn để tránh mồm cụt sệ.

- Xoa bóp làm rời những mô sẹo trên da.
- Tập vận động khớp tránh co rút, biến dạng.

Ngoài ra còn hướng dẫn bệnh nhân kết hợp vệ sinh mồm cụt hàng ngày, theo dõi những thay đổi bất thường trên bề mặt (đỏ, lở, loét, ngứa,..) đặc biệt kiểm soát vết mổ trên góc mồm cụt, đầu xương.

Trong việc băng mồm cụt cần tuân thủ những hướng dẫn sau:

- Tránh vòng băng ngang, nên băng nghiêng hoặc xoắn chéo.
- Sức ép giảm dần từ ngọn chi tới hướng góc chi.
- Vòng băng không được giới hạn cử động của khớp cũng như không được gây hạn chế tuần hoàn. Không được gây lằn, gập nếp da.
- Không được gây cảm giác đau tức cho bệnh nhân.
- Không để băng tuột khi vận động, sinh hoạt .

2. Phục hồi chăm sóc mồm cụt:

2.1. Tư thế đứng:

2.1.1. Trường hợp cắt cụt trên gối:

Người bệnh nên nằm sấp càng sớm càng tốt sau khi phẫu thuật để tránh biến dạng gập hông nên có túi cát bên ngoài mồm cụt để tránh biến dạng dang hông. Nếu giường có nệm nên chêm một tấm phản gỗ cứng dưới nệm vì nệm mềm và lún dễ tạo biến dạng gập, cố giữ hai đùi ở vị thế trung tính vì ở cả hai vị thế nằm sấp và ngửa, người bệnh có khuynh hướng nằm vẹo mồm cụt dang và xoay ngoài.

2.1.2. Trường hợp cắt cụt dưới gối:

Vị thế nằm sấp cũng rất tốt vì tác dụng giảm sức ép trên đầu mồm cụt và do ảnh hưởng của trọng lực cơ thể làm duỗi thêm khớp gối. Có thể người bệnh ngồi dậy sớm nhưng với mồm cụt giữ ở vị thế duỗi.

2.1.3. Người bệnh bị cắt cụt trên và dưới gối:

Cần tránh các vị thế sau:

- Chêm gối dưới hông hay đầu gối.
- Thòng mồm cụt xuống cạnh giường.
- Người xe lăn tay với mồm cụt gập.
- Nằm uốn cong lưng.
- Nằm vẹo gối gập.
- Nằm chêm gối giữa đùi.
- Nằm dang mồm cụt.
- Đứng gác mồm cụt trên tay nạng.

2.1.4. Vật lý trị liệu cho mồm cụt:

Đối với trường hợp cắt cụt trên gối, các biến dạng thường gặp là: Gập hông, dang và xoay ngoài.

Đối với trường hợp cắt cụt dưới gối sẽ có biến dạng gập gối, có thể kết hợp với sự co rút cơ gập hông.

Nguyên tắc điều trị các chứng co rút là:

- Kéo giãn các cơ co rút
- Tập tăng lực các cơ đối kháng

Kéo giãn bằng tay ít đạt hiệu quả hơn phương pháp kéo tạ, vì rất khó, nếu không muốn nói là không thể được, để giữ cho lực kéo giãn bằng tay không thay đổi. Nếu lực kéo thay đổi dù là rất ít, các cơ cũng bị kích thích và phản ứng lại bằng phản xạ kéo giãn. Khi dùng tạ kéo người bệnh có thể dễ dàng giãn nghỉ móm cụt. Lực kéo nên bắt đầu khoảng 6 kg treo vào móm cụt bằng dây đai rộng bản có thể tăng dần tạ kéo ở những phiên tập tiếp theo.

Khi kéo, xương chậu cần được giữ bằng đê giữ hay buộc giữ và gập khớp hông đôi bên và người bệnh được giữ thoải mái. Lực kéo cơ theo chiều đối nghịch với vị thế co rút. Tạ kéo giữ liên tục từ 5-10 phút hay lâu hơn mỗi buổi tập. Sưởi ấm cơ bằng tia hồng ngoại trên các cơ co rút có tác dụng tạo sự giãn nghỉ.

2.2. Tập mạnh móm cụt:

Trong khoảng 10 ngày đầu tiên sau phẫu thuật hay cho tới khi được cắt chỉ, nên giới hạn mức độ tối thiểu mọi hoạt động của móm cụt trên gối nhằm giúp các cơ mới bị tổn thương nặng nề có thể dính lại với nhau. Hoạt động sớm nhất của móm cụt ngay sau phẫu thuật là du đưa trong biên độ dễ chịu đối với người bệnh. Các cử động này có tác dụng làm giảm đau, giúp các cơ tự thích nghi với một tay đòn ngắn và tái lập sự điều hợp.

Ở giai đoạn sớm này, không nên gượng ép móm cụt cử động hết tầm mức. Khi sự lành vết thương trọn vẹn, các động tác tập có thể tăng thêm mạnh mẽ hơn.

2.2.1. Động tác tập khởi đầu cho móm cụt dưới gối:

- Nằm ngửa: Tập gồng cơ tứ đầu đùi
- Nằm ngửa: Có chêm gối đỡ đùi, gập và duỗi nhẹ khớp gối

2.2.2. Tập tăng lực và tăng dần tầm độ của móm cụt dưới gối:

- Ngồi với đầu gối gập qua cạnh giường, gối duỗi- giãn nghỉ có thực hiện hết tầm độ duỗi.

- Ngồi cạnh giường hay trên ghế. Móc ròng rọc vào đai quấn quanh móm cụt.
- + Đẩy móm cụt hết tầm độ duỗi.

+ Nếu thiếu tạ và ròng rọc, có thể tạo đê kháng bằng tay của kỹ thuật viên vật lý trị liệu hay của chính người bệnh.

2.2.3. Người bệnh nằm ngửa với đùi nâng cao:

Buộc bao cát vào đầu móm cụt, cố gắng giữ móm cụt ở vị thế duỗi- nằm ngửa- gập hông 90^0 . Tập động tác đạp xe và tăng dần tầm độ.

Động tác khởi đầu cho móm cụt trên gối:

- Nằm ngửa: Áp sát hai đùi, tránh gập hay xoay người, giãn nghỉ. Lặp lại động tác nhịp nhàng.
- Nằm sấp: Ép sát hai đùi và tập như trên.
- Nằm nghiêng bên lành: Gập và duỗi nhẹ móm cụt.

2.2.4. Tập mạnh và tăng dần tầm độ móm cụt trên gối:

- Nằm ngửa: Đặt một gối nhỏ giữa hai đùi, ép gối giữa. Giãn nghỉ, lặp lại động tác nhịp nhàng.

- Nằm ngửa: Thắt một dây đai quanh hai đùi càng gần đầu móm cụt càng tốt, cố dang móm cụt kháng lại dây đai, có thể kết hợp động tác này với động tác một.

- Nằm nghiêng bên lành: Với khớp hông bên lành 90^0 hoặc hơn. Đu đưa mạnh móm cụt và nhịp nhàng tới vị thế duỗi. Cách mỗi 3 nhịp, người bệnh có giữ móm cụt ở mức giới hạn duỗi vài giây.

- Nằm sấp: Duỗi móm cụt, động tác tập này không hoàn toàn đạt yêu cầu do xương chậu không được giữ vững.

- Đứng trên chân lành, ngã thân mình trên bàn tập, hai khớp hông gập ngoài cạnh bàn, xoay trong móm cụt. Duy trì vị thế xoay trong và duỗi hết mức móm cụt. Ở độ cao của vị thế duỗi xoay ngoài móm cụt, xoay trong móm cụt lần thứ hai và trở về vị thế gập ban đầu. Giãn nghỉ hoàn toàn móm cụt. Lặp lại động tác tập.

Lưu ý: Những nguyên tắc sau đây luôn cần được ghi nhớ.

+ Các động tác tập khép móm cụt luôn luôn thực hiện với khớp hông duỗi.

+ Động tác tập khép móm cụt có thể thực hiện với khớp hông duỗi và ở vị thế trung tính giữ xoay trong và xoay ngoài.

+ Các động tác tập duỗi móm cụt có hiệu quả hơn nếu xương chậu được giữ vững bằng cách gập khớp hông đối bên tới 90^0 hay hơn.

+ Hầu hết các động tác tập duỗi móm cụt thực hiện với khớp hông ở vị thế trung tính.

+ Các vị thế nghỉ có tác dụng ngăn ngừa và sửa chữa co rút.

Thực hiện các động tác tập với mức độ đề kháng và nhịp độ lặp lại tăng dần.

2.2.5. Vệ sinh móm cụt:

- Rửa móm cụt hàng ngày với savon và nước ấm.

- Lau khô cẩn thận, thoa vaselin nếu đã khô.

- Chú ý vào những vùng bị đỏ, kém cảm giác, ngứa lở.

- Kiểm soát dọc theo đường may, trên góc móm cụt, đầu xương những nơi da bị dòn

- Bất cứ vùng da nào bị lở, phải được rửa sạch và băng lại.

- Nếu da bị trầy do áp suất hay do chân giả hoặc không phải do mang chân giả, đều phải tìm ra nguyên nhân để điều trị.

- Chân còn lại phải rửa sạch, lau kỹ và mang giày thích hợp.

Chú ý: + Tìm những dấu hiệu rối loạn tuần hoàn ngoại biên.

+ Người bệnh phải tự tin và tự tập trong vấn đề chăm sóc móm cụt.

3. Chăm sóc móm cụt:

Mọi hoạt động sau phẫu thuật đều phải nhằm sửa soạn cho người bệnh lắp tay chân giả và sử dụng tốt.

3.1. Mục đích:

- Trợ giúp quá trình lành da các vết mổ nơi móm cụt, làm giảm kích thích, làm thon chắc móm cụt để sửa soạn lắp chi giả.

- Làm tăng thêm và duy trì sức mạnh tối đa cho các nhóm cơ sẽ được dùng để lắp và điều khiển chân tay giả.

- Duy trì các cơ chế hoạt động của thân thể để ngăn ngừa hay giảm thiểu các biến dạng có thể xảy ra do việc cắt cụt chi hay việc lắp chi giả.

3.2. Kỹ thuật:

3.2.1. Thủy trị liệu:

Dùng nước xoáy để rửa móm cụt và tăng thêm lưu lượng máu nơi móm cụt.

3.2.2. Điện trị liệu:

Dùng tia tử ngoại để kích thích quá trình lành da vết mổ, người ta cũng dùng tia tử ngoại để điều trị các vùng nhiễm khuẩn chân lông nơi mổ cắt.

3.2.3. Xoa bóp:

Đề trợ giúp việc làm nhỏ và săn chắc các móm cụt xoa bóp cũng ngăn ngừa và phá vỡ sự kết dính da với các tổ chức bên dưới. Xoa bóp nhẹ có thể làm biến mất những cảm giác tê có thể thấy ở móm cụt bị băng quá chặt.

Lưu ý: Nhiễm khuẩn là một chống chỉ định của xoa bóp.

3.2.4. Băng móm cụt:

Băng thun chặt móm cụt để làm nhỏ và thon chắc móm cụt. Cần chú ý làm đúng cách và nên hướng dẫn cho người bệnh tự làm hay cho thân nhân người bệnh giúp đỡ khi cần.

3.2.5. Tập vận động móm cụt và toàn thân:

Trong mọi trường hợp, chi lành, các nhóm cơ thân mình và các cơ cánh tay phải được tập mạnh. Tập sử dụng và di chuyển với nạng (đứng thẳng bằng, đi đứng lên từ ghế, từ nền nhà, ngồi xuống ghế, nền nhà, lên xuống lầu, mặt phẳng, dốc, té,...)/.

Câu hỏi lượng giá

1. Hãy nêu những biến chứng thứ phát sau cắt cụt chi?
2. Hãy nêu ba phương pháp chăm sóc móm cụt?
3. Hãy nêu năm hướng dẫn khi băng móm cụt?
4. Hãy nêu cách chăm sóc và phục hồi móm cụt của ba trường hợp với tư thế đứng?
5. Hãy nêu cách vật lý trị liệu cho móm cụt ở tư thế đứng?
6. Nêu cách tập mạnh móm cụt và tập tăng lực và tăng dần tầm độ của móm cụt dưới gối?
7. Nêu cách tập mạnh móm cụt và tập tăng lực và tăng dần tầm độ của móm cụt trên gối?
8. Hãy nêu bảy cách vệ sinh móm cụt?
9. Hãy nêu ba mục đích của chăm sóc móm cụt?
10. Hãy nêu năm kỹ thuật chăm sóc móm cụt?

CHĂM SÓC - PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH NHÂN BỎNG



Thời gian: 1 tiết

MỤC TIÊU BÀI HỌC

Sau bài học, sinh viên phải:

1. Trình bày được phân loại bỏng
2. Mục đích và nguyên tắc của phục hồi chức năng bệnh nhân bị bỏng

NỘI DUNG

1. Nguyên nhân:

1.1. Gặp trong thời chiến:

- Trực tiếp: Bom cháy (Napan), bom nguyên tử, bức xạ,...
- Gián tiếp: Cháy nhà

1.2. Gặp trong thời bình:

- Do sức nóng ướt: Nước sôi, hơi nước.
- Do sức nóng khô: Lửa xăng, dầu hỏa.
- Do hóa chất: Bỏng vôi, bỏng acid, xút ăn da
- Do bỏng điện, do bức xạ nguyên tử.

2. Phân loại:

2.1. Phân theo diện tích: Có hai cách tính.

- *Tính theo định luật số 9 của Wallace:* (áp dụng cho người lớn)

- | | |
|---------------------|------------------------|
| + Đầu cổ mặt: 9 % | + Thân phía trước: 18% |
| + Vùng sinh dục: 1% | + Thân phía sau: 18% |
| + Chi trên: 9 % | + Chi dưới: 18% |

- *Tính theo diện tích bỏng ở trẻ em:*

- + Lúc mới đẻ, diện tích da đầu mặt bằng diện tích hai đùi và hai cẳng chân.
- + Trẻ càng lớn thì diện tích da đùi và cẳng chân phát triển nhanh hơn so với diện tích da đầu.

Diện tích bỏng là yếu tố quan trọng nhất, bỏng càng rộng tỷ lệ tử vong càng cao.

Bỏng 15% diện tích cơ thể đối với người lớn, bỏng 8% diện tích cơ thể đối với trẻ em đã phải coi là nghiêm trọng.

2.2. Phân loại theo độ sâu :

Có sách chia ba độ sâu, có sách chia 4,5,6 độ sâu, để đơn giản ta theo cách phân loại của Boyer chia bỏng ba bậc.

- *Bỏng bậc 1:* Không có tổn thương giải phẫu, chỗ bị sưng đỏ đau rát. Những vết sưng đỏ sẽ mất hẳn không để lại vết tích.

- *Bỏng bậc 2:* Lớp biểu bì bị tổn thương, trên da có những nốt bỏng to hay nhỏ dưới chỗ bỏng lớp tạo ra tế bào da vẫn còn nguyên vẹn.

- *Bỏng bậc 3:* Tổn thương lớp sâu, khi lành, sẹo sẽ dùm đó.

3. Tiến triển :

Người bị bỏng nếu khỏi phải qua nhiều giai đoạn, mỗi giai đoạn có nhiều triệu chứng bệnh lý nổi bật, song các triệu chứng có thể xen kẽ với nhau.

3.1. Giai đoạn sốc :

- Người bị bỏng thường chết vì sốc trong 48 giờ đầu, diện tích bỏng 15% trở lên coi như đang bị sốc hoặc sốc có thể xảy ra.

- Tại vùng bỏng: Huyết tương thoát ra ngoài mạch máu mang theo nước, các chất điện giải và protein dẫn đến vùng bị bỏng phù nề.

- Giảm số lượng chất dịch trong tuần hoàn.

3.2. Giai đoạn nhiễm độc :

Giai đoạn này bắt đầu từ ngày thứ 3 trở đi

Biểu hiện: Tiêu ít dần dần vô niệu, sốt cao 39-40⁰c, nôn mửa, ỉa lỏng, urê máu tăng

3.3. Giai đoạn nhiễm khuẩn :

Khi mới bong: Vết thương vô khuẩn. Sơ cứu hay vận chuyển làm vết bong bị nhiễm khuẩn.

3.4. Giai đoạn suy nhược :

Tại chỗ bong: Vết bong nhiễm khuẩn và lan rộng, huyết tương rỉ rỉ làm cơ thể mất protein, mất điện giải và các vitamin gây thiếu máu nặng dẫn đến suy nhược cơ thể.

4. Biến chứng :

Nếu điều trị tốt người bệnh sẽ khỏi, nếu điều trị không tốt sẽ có những biến chứng.

4.1. Tại chỗ: Bong lâu liền, nhiễm khuẩn kéo dài, sẹo co dính, cứng khớp, teo cơ.

4.2. Toàn thân: Suy nhược cơ thể do thiếu máu, viêm thận, sỏi đường tiết niệu, viêm phổi, nhiễm trùng máu, viêm gan.

5. Điều trị :

5.1. Điều trị toàn thân :

5.1.1. *Chống sốc :* - Truyền dịch, truyền máu.

- Theo dõi lượng nước tiểu hàng ngày để điều chỉnh lượng dịch

5.1.2. *Chống tăng đạm huyết :* Truyền hoặc uống natribicarbonat.

5.1.3. *Chống đau:* Bằng các loại kháng histamin tổng hợp.

5.1.4. *Chống nhiễm khuẩn :*

5.1.5. *Trợ lực, trợ tim :*

5.1.6. *Ăn uống :*

5.2. Điều trị vết bong :

- Rửa sạch vết bong và thay băng vô khuẩn hàng ngày.

- Băng vết bong

- Ghép da

6. Phục hồi chức năng:

6.1. Mục đích :

- Tâm lý trị liệu

- Ngăn ngừa biến chứng hô hấp ở người già hay người bệnh nằm lâu tại giường

- Ngăn ngừa co rút da - cơ, sẹo dính

- Gia tăng tuần hoàn

- Phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày (di chuyển , hoạt động trị liệu)

6.2. Phương pháp:

6.2.1. *Đối với bong độ 1 và độ 2 nông:*

Trên diện tích không rộng, chương trình trị liệu bao gồm sự vận động chủ động để duy trì lực cơ và tầm vận động khớp ở vùng bị bong. Chức năng vận động sẽ trở lại bình thường cùng với sự lành da.

6.2.2. *Khi vết bong sâu:*

Lành da hoàn toàn, để tránh hình thành sẹo dính và cứng, nên kết hợp vận động trị liệu với siêu âm, nhưng phải rất cẩn thận vì da non.

6.2.3. *Một vài vùng cơ thể cần được đặc biệt:*

Chú ý giữ tư thế đúng và vận động để tránh co rút. Duy trì tư thế đúng bằng cách sử dụng miếng ván, máng nâng đỡ hay phương pháp kéo tạ. Sự vận động có thể là thụ động,

chủ động có trợ giúp hay cử động tự do, nhưng điều quan trọng là phải lấy hết tầm vận động khớp mặc dù cử động phải hết sức nhẹ nhàng.

- **Cổ:** Cần phải giữ cổ ở tư thế duỗi quá bằng cách kê gối dưới vai để tránh biến dạng gập cổ, xệ môi dưới và giới hạn tầm vận động hàm dưới.

- **Cột sống:** Ngăn ngừa biến dạng vẹo cột sống cho người bệnh bằng một bên lưng hay một bên ngực, biến dạng gù lưng cho người bệnh ngực hay bụng và ngăn ngừa uốn lưng cho người bệnh vùng thắt lưng.

- **Nách:** Nếu nách cứng hình thành, cử động dang vai bị giới hạn, phải để vai dang 90^0 trong tư thế nằm bằng cách dùng máng nâng đỡ hoặc treo tay.

- **Khuỷu và gối:** Duỗi hoàn toàn để tránh hình thành sẹo co rút trong thể gập, có thể dùng máng hoặc nẹp mang liên tục.

- **Háng:** Ngăn ngừa biến dạng gập-áp bằng cách duy trì tư thế duỗi thẳng và dang 60^0 .

- **Cổ chân và bàn chân:** Ngăn ngừa co rút gân gót bằng tư thế bàn chân 90^0 và ngăn ngừa biến dạng gập các ngón chân bằng vận động.

- **Cổ tay và bàn tay:** Phải kê cao bàn tay để làm giảm phù nề. Giữ các khớp bàn ngón trong tư thế tối đa để tránh co rút các dây chằng và mặt lưng khớp. Các khớp liên đốt gập được đặt trong thể gập từ $30-40^0$, cổ tay 15^0 , ngón cái trong tư thế dang, các khớp cổ bàn, bàn đốt, liên đốt gập 15^0 . Nên khuyến khích người bệnh sử dụng bàn tay trong sinh hoạt hàng ngày.

- **Ngực:** Sẹo cứng ở lồng ngực làm giảm khả năng giãn nở và ảnh hưởng đến hô hấp, cần cho người bệnh tập thở sâu và duy trì vai ở thể dang.

- **Mặt:** Bọng sâu quanh miệng thường đưa tới sẹo co rút khóe miệng, làm cho người bệnh không há miệng được rộng, nên cần ngăn ngừa bằng cách cho người bệnh thường xuyên tập các cơ mặt (nhú mày, nhăn trán, nhắm mắt, mở mắt, cười) để sửa lại vẻ mặt cứng như gỗ vì da mất hết đường nhăn.

6.2.4. Người bệnh bỏng chi dưới:

Phải mang băng cao su từ bàn chân đến háng khi di chuyển để tránh cảm giác kim châm và chảy máu. Băng cao su phải được hấp vô trùng và sử dụng riêng cho từng người bệnh.

6.2.5. Vật lý trị liệu sau khi ghép da:

Mục đích của ghép da là ngăn ngừa nhiễm khuẩn, làm giảm sự mất nước do bốc hơi và bảo vệ các cấu trúc quan trọng như gân, mạch máu, dây thần kinh.

Mối quan tâm hàng đầu của phẫu thuật viên sau khi ghép da là miếng da ghép phải sống. Muốn vậy, trong những ngày đầu sau khi ghép da phải giữ cho miếng da ghép dính với lớp mô hạt ở dưới. Do đó cần bất động vùng da ghép từ 5-7 ngày cho những vùng không chịu trọng lượng và 10-15 ngày cho những vùng chịu trọng lượng hoặc vùng khớp.

Trong thời gian bất động, cho người bệnh gồng cơ vùng bất động và tập chủ động cho những vùng khác. Sau khi thay băng, nếu miếng da ghép đã ăn, có thể cho ngâm nước mỗi ngày để giữ sạch vùng ghép da và tập thụ động nhẹ nhàng.

Sau thời gian bất động, xoa bóp nhẹ nhàng bằng các ngón tay vùng ghép da và nghiêng sâu xung quanh để làm mềm miếng da ghép và ngăn ngừa kết dính, nhưng cần thận trọng để không làm bong da.

Bệnh nhân bị bỏng sẽ bị xáo trộn tâm lý rất nhiều vì ảnh hưởng đến thẩm mỹ, nên kỹ thuật viên phải giải thích cặn kẽ mục đích của việc tập luyện để người bệnh và thân nhân hiểu được tầm quan trọng của việc tập luyện hay đúng hơn là có sự hợp tác chặt chẽ giữa kỹ thuật viên người bệnh, thân nhân. Như thế kết quả của việc điều trị mới khả quan./.

Câu hỏi lượng giá

1. Hãy nêu nguyên nhân gây bỏng?
2. Hãy nêu phân loại bỏng theo diện tích?
3. Hãy nêu phân loại bỏng theo độ sâu?
4. Hãy nêu bốn giai đoạn tiến triển của bỏng?
5. Hãy nêu năm mục đích phục hồi chức năng bỏng?
6. Hãy nêu phương pháp PHCN cho bỏng nông (độ 1 và 2)?
7. Hãy nêu phương pháp PHCN cho bỏng chi dưới?
8. Hãy nêu phương pháp PHCN-VLTL sau ghép da?
9. Hãy nêu phương pháp PHCN cho bỏng vùng mặt?
10. Hãy nêu phương pháp PHCN cho bỏng vùng cổ tay và bàn tay?

Bài 4. CS – PHCN CHO NGƯỜI BỊ TBMMN – GÃY XƯƠNG

Thời gian: 01 tiết

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, một số dấu hiệu nhận biết sớm trẻ bị bại não
- 1.2. Trình bày được các thể lâm sàng của bại não
- 1.3. Trình bày được điều trị phục hồi chức năng của bại não
- 1.4. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, triệu chứng của liệt nửa người
- 1.5. Trình bày được hậu quả, nguyên tắc, mục đích và phương pháp phục hồi chức năng của liệt nửa người
- 1.6. Trình bày được các biến chứng thường và ít gặp của gãy xương
- 1.7. Trình bày được những kỹ thuật vật lý trị liệu đơn giản để phục hồi chức năng cho người gãy xương
- 1.7. Trình bày được 5 nhiệm vụ của người cán bộ y tế đối với phục hồi chức năng gãy xương

2. Kỹ năng

- 2.1. Thực hiện được việc phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người khó khăn về vận động.
- 2.2. Thực hiện được các kỹ thuật phục hồi chức năng cho người bệnh tai biến mạch máu não.
- 2.3. Thực hiện được các kỹ thuật phục hồi chức năng cho người gãy xương.

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

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:

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 và 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 gấp 15-20 độ
 - Thân người vuông góc với mặt giường

- Tay lành ở tư thế thoải mái
- Chân lành: Khớp háng duỗi, khớp gối gấp 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:

Cách mặc áo là lấy tay lành luôn tay liệt vào ống tay áo sau đó luôn tay lành và mặc áo.

Cách cởi áo: 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 cởi quần:

Cách 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.

Cách 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, 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?

CHĂM SÓC - PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GÃY XƯƠNG

Thời gian: 01 tiết

MỤC TIÊU BÀI HỌC

Sau bài học, sinh viên phải trình bày được:

1. Các biến chứng thường và ít gặp của gãy xương
2. Những kỹ thuật vật lý trị liệu đơn giản để phục hồi chức năng cho người gãy xương.
3. Năm nhiệm vụ của người cán bộ y tế đối với PHCN-VLTL gãy xương

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: Sung nề hoặc teo nhẽo 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 bó bột 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:

- Giảm sưng cải thiện tuần hoàn chi gãy: Bằng cách đặt chi gãy lên cao để dễ lưu thông tuần hoàn
- 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

- **Thở 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 co 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 co 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?

CS - PHCN CHO NGƯỜI KHÓ KHĂN VỀ VẬN ĐỘNG

Thời gian: 2
tiết

MỤC TIÊU BÀI HỌC

Sau bài học, sinh viên phải trình bày được:

1. Các nguyên nhân gây khó khăn về vận động
2. PHCNĐVCĐ cho người khó khăn về vận động
3. Nguyên nhân, cách chăm sóc và PHCN cho bệnh nhân liệt hai chi dưới

NỘI DUNG

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 lăn nghiêng:

- 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:

- Chồng 2 khuỷu tay để tựa ngòai dậy
- Hoặc nằm nghiêng sang một bên rồi tựa 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 này 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:

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO BỆNH NHÂN LIỆT HAI CHI DƯỚI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân gây liệt 2 chi dưới
2. Thực hiện việc chăm sóc, PHCN cho liệt 2 chi dưới ở giai đoạn tại viện hoặc tại nhà

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 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 nêu những nguyên nhân gây khó khăn về vận động?
2. Hãy nêu kỹ thuật chăm sóc PHCN cho người khó khăn về vận động với tư thế tập lãn nghiêng?
3. Hãy nêu kỹ thuật chăm sóc PHCN cho người khó khăn về vận động với tư thế giúp bệnh nhân ngồi chắc chắn an toàn ?
4. Hãy nêu kỹ thuật CS PHCN cho người khó khăn về vận động với tư thế tập ngồi dậy ?
5. Hãy nêu kỹ thuật chăm sóc PHCN cho các bài tập tốt đối với tay ?
6. Hãy nêu kỹ thuật chăm sóc PHCN cho các bài tập tốt đối với chân ?
7. Hãy nêu 10 kỹ thuật chăm sóc PHCN cho người khó khăn về vận động ?
8. Hãy nêu nguyên nhân gây liệt hai chi dưới?
9. Hãy nêu cách chăm sóc và PHCN giai đoạn tại bệnh viện?
10. Hãy nêu cách chăm sóc và PHCN giai đoạn tại nhà?

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH VỀ KHỚP

MỤC TIÊU BÀI HỌC

Sau bài học, sinh viên phải trình bày được:

1. Triệu chứng, hậu quả của viêm khớp
2. Các phương pháp VLTL-PHCN bệnh khớp
3. Nhiệm vụ của người cán bộ y tế khi chăm sóc, điều trị và PHCN cho bệnh khớp

NỘI DUNG

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: Sung, nóng, đỏ, đau
+ Khó, vướng khi vận động

2.2. Triệu chứng thực thể:

- Sung 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, cơ 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 cơ 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 cố gắng 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 lạnh 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 liệu toàn thân:** Bắt đầu là 1 phút sau đó tăng dần, đợt 10 ngày

- **Tắm nước suối 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 đoạn bán cấp và mãn tính?

Bài 5. CS - PHCN CHO NGƯỜI KHÓ KHĂN VỀ NHÌN, NGHE NÓI, MẮT CẢM GIÁC, CHẬM PHÁT TRIỂN TINH THẦN

CS - PHCN CHO NGƯỜI MẮT CẢM GIÁC

Thời gian: 1 tiết

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân người khó khăn nghe nói
- 1.2. Trình bày được cách phát hiện được người khó khăn về nghe nói
- 1.3. Trình bày được các phương pháp PHCN cho người khó khăn về nghe nói
- 1.4. Trình bày được cách hướng dẫn người bệnh và gia đình tự tập luyện
- 1.5. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, triệu chứng của bệnh phong
- 1.6. Trình bày được cách chăm sóc và PHCN cho bệnh phong
- 1.7. Trình bày được triệu chứng và hậu quả của tâm thần
- 1.8. Trình bày được cách phục hồi chức năng cho người bệnh tâm thần.
- 1.9. Trình bày được vai trò của y tế cộng đồng và nhân viên phục hồi đối với bệnh tâm thần

2. Kỹ năng

- 2.1. Thực hiện được việc phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người khó khăn về nhìn, nghe, nói, học.
- 2.2. Thực hiện được việc phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người bệnh phong.
- 2.3. Thực hiện được việc phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người tâm thần.

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ thận trọng, tỉ mỉ, chính xác trong thực hành nghề.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa và nguyên nhân của bệnh phong:

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, cầu 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 và phục hồi chức năng:

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 đề 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 thỏ 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 chĩa 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 rũ 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./.

Câu hỏi lượng giá

1. Hãy nêu nguyên tắc điều trị, chăm sóc, PHCN cho người mất cảm giác?
2. Hãy nêu thực hiện 4 không cho người mất cảm giác?
3. Hãy nêu thực hiện 5 nên cho người mất cảm giác?
4. Hãy nêu cách phòng ngừa tổn thương mắt do chứng hờ mi cho người mất cảm giác?
5. Hãy nêu một số dụng cụ PHCN cho người mất cảm giác?

6. Hãy nêu các dụng cụ trợ giúp cho người mất cảm giác?
7. Hãy nêu 4 phương thức PHCN về mặt xã hội cho người mất cảm giác?

CS - PHCN CHO NGƯỜI KHÓ KHĂN VỀ HỌC **(Chậm phát triển tinh thần)**

Thời gian: 1 tiết

MỤC TIÊU BÀI HỌC

Sau bài học, sinh viên phải:

1. Trình bày được nguyên nhân và các dấu hiệu điển hình của hội chứng Down và bệnh đần độn
2. Làm được các biện pháp chăm sóc, PHCN cho trẻ chậm phát triển tinh thần
3. Hướng dẫn cho người khó khăn về học, gia đình và cộng đồng cách phục hồi và giúp đỡ người có khó khăn về học để họ có cơ hội hội nhập xã hội

NỘI DUNG

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 là 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 gầy	Hai mắt cách xa nhau	Tóc mọc cao
Cổ gầy dày và béo	Mặt đần độn	
Chậm lớn	Lưỡi dày thè ra	

Táo bón lâu	Cổ gằng	
Da khô dày và thô	Rón lỏi	
Thân nhiệt thấp	Bụng óng	
Điéc		
Khi lớn lên hay bị đau xương khớp gỏi		

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
- 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 tòi 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 ./.

CHĂM SÓC - PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRẺ BẠI NÃO

Bài phụ

MỤC TIÊU BÀI HỌC

Sau bài học, sinh viên phải trình bày được:

1. Định nghĩa, nguyên nhân, cách nhận biết trẻ bại não
2. Hướng dẫn gia đình và cộng đồng giúp đỡ người bại não để họ hòa nhập xã hội

NỘI DUNG

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 và 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 lơ đãng, 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 ưỡn 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./.

CS – PHCN CHO NGƯỜI KHÓ KHĂN VỀ NGHE - NÓI

Bài phụ

MỤC TIÊU BÀI HỌC

Sau bài học, sinh viên phải trình bày được:

1. Định nghĩa, nguyên nhân người có khó khăn về nghe - nói
2. Cách phát hiện và phương pháp PHCN cho người có khó khăn về nghe - nói
3. Cách hướng dẫn người bệnh và gia đình tự luyện tập

NỘI DUNG

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, uốn 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 lúc lắc 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 nhưng 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 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./.

Câu hỏi lượng giá

1. Hãy nêu những nguyên nhân gây khó khăn về nghe, nói, học?
2. Hãy nêu cách phát hiện trẻ < 6 tháng tuổi và trẻ < 36 tháng tuổi có khó khăn về nghe, nói, học?
3. Hãy nêu cách PHCN cho người khó khăn về nghe, nói, học?
4. Hãy nêu những phương pháp dạy cho người khó khăn về nghe, nói, học?
5. Hãy nêu những nguyên nhân gây bại não?
6. Hãy nêu 14 dấu hiệu phát hiện sớm trẻ bại não?

CS - PHCN CHO NGƯỜI CÓ HÀNH VI XA LẠ **(Bệnh tâm thần)**

Thời gian: 1 tiết

MỤC TIÊU BÀI HỌC

Sau bài học, sinh viên phải trình bày được:

1. Nguyên nhân, hậu quả của bệnh tâm thần
2. Cách chăm sóc, hướng dẫn cho người nhà phương pháp PHCN cho người có hành vi xa lạ

NỘI DUNG

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 tiêu 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 tổn 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

6. 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
- Tránh 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./.

Câu hỏi lượng giá

1. Hãy nêu 6 nhóm nguyên nhân gây bệnh tâm thần?
2. Hãy nêu 5 hậu quả của bệnh tâm thần?
3. Hãy nêu 4 điểm cần nhớ khi PHCN cho bệnh tâm thần?
4. Hãy trình bày PHCN về lĩnh vực y tế cho bệnh tâm thần?
5. Hãy trình bày PHCN về lĩnh vực xã hội, gia đình cho bệnh tâm thần?
6. Hãy trình bày PHCN về lĩnh vực kinh tế cho bệnh tâm thần?

7. Hãy nêu vai trò của y tế cộng đồng và nhân viên phục hồi đ/với bệnh tâm thần?
8. Hãy nêu những điểm cần nhớ khi đánh giá phục hồi cho bệnh tâm thần?

CS – PHCN TỒN THƯƠNG THẦN KINH NGOẠI BIÊN

Bài phụ

MỤC TIÊU BÀI HỌC Sau bài học, sinh viên phải trình bày được:

1. Triệu chứng và điều trị tổn thương thần kinh ngoại biên
2. Mục đích và các phương pháp phục hồi chức năng tổn thương thần kinh ngoại biên

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 dẫn 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, mỏi, 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 âm** 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:*

- Thẻ 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?
4. Muốn gia tăng sức mạnh của các nhóm cơ liệt trong tổn thương TK ngoại biên cần tập kỹ thuật gì?
5. Hãy nêu 6 nhiệm vụ của người CB y tế đ/với PHCN trong tổn thương TK ngoại biên?

Bài 6. CS – PHCN CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘNG KINH, TÂM THẦN, HÔ HẤP, TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT



Thời gian: 2 tiết

CS – PHCN CHO NGƯỜI BỆNH HÔ HẤP

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được triệu chứng và hậu quả của bệnh tâm thần, động kinh
- 1.2. Trình bày được cách phục hồi chức năng cho người bệnh tâm thần, động kinh
- 1.3. Trình bày được vai trò của y tế cộng đồng và nhân viên phục hồi đối với bệnh tâm thần, động kinh
- 1.4. Trình bày được mục đích và kỹ thuật vỗ lồng ngực
- 1.5. Trình bày được mục đích và kỹ thuật rung lồng ngực
- 1.6. Trình bày được chỉ định và cách thở bằng cơ hoành trong tập thở
- 1.7. Trình bày được mục đích, các bước chuẩn bị bệnh nhân để thực hiện kỹ thuật dẫn lưu tư thế.
- 1.8. Trình bày được mục đích và phương pháp PHCN cho bệnh nhân trước và sau mổ
- 1.9. Trình bày được cách thực hiện các kỹ thuật PHCN cho bệnh nhân sau phẫu thuật

2. Kỹ năng

- 2.1. Thực hiện được việc phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người tâm thần, động kinh
- 2.2. Thực hiện được việc phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người khó khăn về hô hấp
- 2.3. Thực hiện được việc phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho bệnh nhân trước và sau mổ

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ thận trọng, tỉ mỉ, chính xác trong thực hành nghề.

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 thần 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 sao 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, khó khăn dùng 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, co 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 lầy 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 để 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 gãy 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, tắc đường thở, xẹp phổi, tắc 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 dẫn đến 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 ưỡn lưng để làm ra vẻ “đầy” 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?

CS - PHCN TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT

Thời gian: 01 tiết

MỤC TIÊU BÀI HỌC

Sau bài học, sinh viên phải:

1. Trình bày được mục đích và phương pháp PHCN cho bệnh nhân trước và sau phẫu thuật lồng ngực và ổ bụng
2. Nêu được cách thực hiện các kỹ thuật PHCN cho bệnh nhân sau phẫu thuật lồng ngực và ổ bụng.

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

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.

PHCN sau phẫu thuật

Ngày đầu:

- 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: Dặn bệnh nhân tiếp tục luyện tập một mình tại nhà

3. Chăm sóc PHCN sau phẫu thuật ổ bụng:

3.1. Mục đích PHCN:

Giáo trình CSSKTT - PHCN dành cho CĐDD

- 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. 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. PHCN sau phẫu thuật:

3.3.1. Ngày đầu:

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên
- Tập chân nhẹ nhàng: Tập bàn và cổ chân, gối, gông 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:

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 biên 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?

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

Hết

Chương 2: CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN

Bài 7: ĐẠI CƯƠNG VỀ TÂM THẦN HỌC, TRIỆU CHỨNG, NGUYÊN NHÂN VÀ PHÂN LOẠI BỆNH TÂM THẦN

A MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được đại cương về tâm thần học và phân biệt bệnh tâm thần với bệnh thần kinh.
- 1.2. Kể được các nguyên nhân và các nhân tố thuận lợi gây phát sinh bệnh tâm thần.
- 1.3. Mô tả được các bệnh tâm thần thường gặp và cách nhận định tình trạng bệnh nhân.

2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.

2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực

B. Nội dung chính

1. Khái niệm về tâm thần học và các bệnh tâm thần

1.1. Nội dung của tâm thần học

- Tâm thần là một bộ môn trong y học, có nhiệm vụ nghiên cứu các biểu hiện lâm sàng, bệnh nguyên, bệnh sinh các bệnh tâm thần, nghiên cứu các biện pháp phòng và chữa các bệnh này.
- Tâm thần học được chia ra 2 phần lớn: tâm thần học đại cương và tâm thần học hiện đại.
- Trong quá trình phát triển, tâm thần học đã chia ra nhiều phân môn: tâm thần học người lớn, tâm thần trẻ em, tâm thần học quân sự, tâm thần học người già, giám định pháp y tâm thần, tâm thần học xã hội, dược lý tâm thần và sinh hóa tâm thần.....

1.2. Đối tượng nghiên cứu

1.2.1. Thế nào là bệnh tâm thần

- Là những bệnh do hoạt động của não bộ bị rối loạn do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra: nhiễm khuẩn, nhiễm độc, sang chấn tâm thần, bệnh cơ thể.....làm rối loạn chức năng phản ánh thực tại. Các quá trình cảm giác, tri giác, tư duy, ý thức.....bị sai lệch cho nên bệnh nhân tâm thần có những ý nghĩ, cảm xúc, hành vi, tác phong không phù hợp với thực tại, với môi trường xung quanh.

- Phạm vi các bệnh tâm thần rất rộng. Bệnh tâm thần là loại bệnh rất phổ biến, công nghiệp ngày càng phát triển, sự tập trung dân cư vào các thành phố ngày càng đông, cuộc sống ngày càng căng thẳng thì bệnh ngày càng tăng. Có những bệnh tâm thần nặng (các bệnh loạn thần), quá trình phản ánh thực tại sai lệch trầm trọng, hành vi, tác phong bị sai lệch nhiều. Có những bệnh nhân tâm thần nhẹ (các bệnh tâm căn, nhân cách bệnh), quá trình phản ánh thực tại cũng như hành vi tác phong rối loạn ít, bệnh nhân vẫn còn có thể sinh hoạt, lao động, học tập được, tuy có giảm sút.

- Bệnh tâm thần thường không gây chết đột ngột nhưng làm đảo lộn sinh hoạt, gây căng thẳng cho các thành viên trong gia đình và tổn thất cả về kinh tế. Bệnh tâm thần nếu không được chữa trị kịp thời có thể dẫn đến trạng thái tâm thần sa sút, người bệnh trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. Phát hiện sớm và ngăn chặn kịp thời là để ngăn chặn sự tiến triển xấu này.

1.2.2. Phân biệt bệnh tâm thần với bệnh thần kinh

- Bệnh tâm thần (còn gọi là tâm bệnh) chưa phát hiện được tổn thương đặc hiệu về mặt hình thái của hệ thần kinh mà chỉ phát hiện được những biến đổi tinh vi về mặt sinh hóa, miễn dịch, di truyền... Đa số các dấu hiệu bệnh là do rối loạn chức năng của não. Phần lớn bệnh nhân có thể ăn khỏe, chơi khỏe, đi đứng bình thường nhưng có ý nghĩ, cảm xúc, hành vi không phù hợp, kỳ dị, khó hiểu. Bệnh nhân tâm thần thường không nhận thấy mình bị bệnh, từ chối điều trị tại chuyên khoa tâm thần.

- Bệnh nhân thần kinh có nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra làm tổn thương thực thể tại các phần khác nhau của hệ thần kinh như não bộ, tủy sống, dây thần kinh ngoại vi gây rối loạn chủ yếu chức năng tiếp thu và thực hiện của con người. Người bệnh ít có các hành vi kỳ dị, ý nghĩ bất bình thường nhưng có thể tê liệt nửa người, khó khăn đi đứng, ăn nói, điếc, mù...). Đa số bệnh nhân còn ý thức được bệnh của mình.

Mối liên quan với nhau:

- Bệnh thần kinh có tổn thương ở tổ chức não, ít nhiều có rối loạn tâm thần kèm theo: rối loạn trí nhớ, trí tuệ, ý thức.....

- Bệnh nhân tâm thần (bệnh tâm thần nội sinh) tuy chưa phát hiện được tổn thương thực thể ở não, có thể có những rối loạn thần kinh kèm theo (rối loạn trương lực cơ, phản xạ, thần kinh thực vật...).

2. Các bệnh tâm thần thường gặp

1. Bệnh tâm thần phân liệt.
2. Bệnh động kinh.
3. Rối loạn hoang tưởng.
4. Rối loạn trầm cảm.
5. Các bệnh tâm thần trẻ em.
6. Chậm phát triển tâm thần.

TỰ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu khái niệm về tâm thần học và các bệnh tâm thần
2. Phân biệt bệnh tâm thần với bệnh thần kinh
3. Nêu các bệnh tâm thần thường gặp

TRIỆU CHỨNG HỌC BỆNH TÂM THẦN

A. Mục tiêu học tập

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được rối loạn về cảm giác và tri giác
- 1.2. Nêu được rối loạn về tư duy.
- 1.3. Trình bày được rối loạn cảm xúc

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc nhận biết các dấu hiệu tâm thần trên người bệnh.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của bài học đối với thực hành nghề sau này.

B. Nội dung chính

1. Rối loạn cảm giác và tri giác

1.1 Khái niệm

- Tri giác là sự phản ánh vào ý thức con người một sự vật khách quan thống nhất, trọn vẹn, là sự phản ánh cao hơn cảm giác
- Cảm giác và tri giác là đều là sự phản ánh trực tiếp, cụ thể các thuộc tính bề ngoài của sự vật, hiện tượng khách quan. Cảm giác thì phản ánh từng thuộc tính riêng lẻ còn tri giác thì phản ánh tổng thể các thuộc tính đó.

1.2. Rối loạn cảm giác và tri giác

- Tăng cảm giác.
- Giảm cảm giác.
- Loạn cảm giác bản thể là những cảm giác rất đa dạng, rất lạ lùng và khó tả, rất khó chịu và nặng nề trong các nội tạng. Người bệnh trở nên gò bó, nóng ran, đè nén, đau xé, trào ra, đảo lộn, ngứa ngáy, ... mà không xác định được nguyên nhân.
- Ảo tưởng là tri giác sai lệch về một sự vật hay một hiện tượng khách quan (sự vật có thật ở bên ngoài).Thí dụ: " Trông gà hoá cuốc"
- Ảo giác là tri giác về một sự vật không hề có trong thực tại khách quan. Ảo giác là tri giác không có đối tượng.

Có nhiều cách phân loại ảo giác khác nhau

- Phân chia theo giác quan: ảo thị, ảo thính, ảo xúc giác, ảo khứu giác và ảo giác nội tạng.
- Phân chia theo kết cấu: ảo giác thô sơ và ảo giác phức tạp.
- Phân chia theo nhận thức và thái độ của bệnh nhân đối với ảo giác: ảo giác thật và ảo giác giả.

2. Rối loạn về tư duy

2.1. Khái niệm

- Tư duy là một quá trình tâm lý phản ánh gián tiếp và khái quát các thuộc tính, các mối liên hệ bản chất của sự vật, hiện tượng. Khác với các quá trình nhận thức cảm tính là cảm giác và tri giác, tư duy phản ánh những mối liên hệ bên trong, mang tính quy luật của các sự vật khách quan. Do đó có thể nói rằng tư duy là một quá trình nhận thức lý tính.

- Đặc điểm của tư duy là gắn liền với ngôn ngữ. Ngôn ngữ là phương tiện để diễn đạt tư duy. Vì vậy, trong lâm sàng Tâm thần học người ta nghiên cứu rối loạn tư duy thông qua nghiên cứu những biểu hiện về ngôn ngữ.

2.2. Rối loạn về tư duy

2.2.1. Rối loạn về hình thức tư duy

2.2.1.1. Phân chia nhịp điệu ngôn ngữ

- Tư duy phi tán.
- Tư duy dồn dập.
- Tư duy chậm chạp.
- Tư duy ngắt quãng.
- Tư duy lai nhai.
- Tư duy kiên định.

2.2.1.2. Phân chia theo hình thức phát ngôn

- + Nói một mình.
- + Nói tay đôi.
- + Không nói.
- + Nói lặp lại.
- + Nhại lời.

2.2.1.3. Phân chia theo kết cấu ngôn ngữ

- Ngôn ngữ phân liệt.
- Ngôn ngữ không liên quan.
- Sáng tạo ngôn ngữ.

2.2.2. Rối loạn về nội dung

+ Định kiến: là những ý tưởng dựa trên cơ sở những sự kiện có thực, nhưng bệnh nhân gán cho nó một ý nghĩa quá mức. ý tưởng ấy chiếm ưu thế trong ý thức bệnh nhân và được duy trì bằng một cảm xúc mãnh liệt.

+ Hoang tưởng: là những ý tưởng, phán đoán sai lầm, không phù hợp với thực tế, do bệnh tâm thần sinh ra, nhưng người bệnh cho là hoàn toàn chính xác, không thể giải thích thuyết phục được.

+ Ảm ảnh: là những ý tưởng, hồi ức, cảm xúc, hành vi không phù hợp với thực tế, luôn luôn xuất hiện ở người bệnh với tính chất cưỡng bức. Người bệnh còn biết phê phán hiện tượng đó là vô lý, là không cần thiết, là sai, muốn tự xóa đi nhưng không thể được.

3. Rối loạn cảm xúc

3.1. Khái niệm

Cảm xúc là quá trình hoạt động tâm thần biểu hiện thái độ của con người đối với các kích thích bên ngoài cũng như bên trong cơ thể, là thái độ của con người đối với sự diễn biến của thực tế, của môi trường sống.

3.2. Rối loạn về cảm xúc

3.2.1. Các triệu chứng giảm cảm xúc và mất cảm xúc

- Giảm khí sắc: là khí sắc buồn rầu, ủ rũ, thường gặp trong trầm cảm.
- Vô cảm: là sự thờ ơ, dửng dưng với tất cả những việc xảy ra xung quanh.
- Cảm xúc bàng quan: người bệnh giảm phản ứng cảm xúc, ít biểu hiện cảm xúc ra nét mặt.

3.2.2. Các triệu chứng tăng cảm xúc

- Cảm xúc không ổn định: người bệnh dễ chuyển từ cảm xúc này đến cảm xúc khác một cách nhanh chóng.

- Khoái cảm.

3.2.3. Các triệu chứng rối loạn cảm xúc khác

- Cảm xúc 2 chiều: đối với một sự việc nào đó người bệnh có hai loại cảm xúc trái ngược nhau như vừa yêu vừa ghét...
- Cảm xúc trái ngược
- Lo âu: người bệnh có cảm giác luôn bị đe dọa bởi một cái gì rất đáng sợ.

4. Rối loạn về trí nhớ

4.1. Khái niệm

Trí nhớ là chức phận và là đặc tính của não có khả năng ghi nhận, bảo tồn và cho hiện lại những kinh nghiệm và tri thức cũ dưới dạng dưới dạng biểu tượng, ý niệm và ý tưởng.

4.2. Các rối loạn về trí nhớ

- Giảm nhớ
- Tăng nhớ
- Quên
- Quên toàn bộ hay quên từng phần
- Quên thuận chiều
- Quên ngược chiều
- Quên thuận chiều và quên ngược chiều

4.3. Loạn nhớ

- Nhớ giả
- Bịa chuyện
- Nhớ nhầm

5. Rối loạn về chú ý

- Chú ý suy yếu
- Chú ý trì trệ

- Chú ý di chuyển nhanh chóng

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu rối loạn cảm giác và tri giác
2. Nêu rối loạn về tư duy
3. Nêu rối loạn cảm xúc
4. Nêu rối loạn về trí nhớ
5. Nêu rối loạn về chú ý

NGUYÊN NHÂN VÀ PHÂN LOẠI BỆNH TÂM THẦN

1. Nguyên nhân

1.1. Các nguyên nhân thực thể

- Chấn thương sọ não.
- Nhiễm khuẩn thần kinh (Viêm não, giang mai thần kinh, ...)
- Nhiễm độc thần kinh (Nghiện các chất, nhiễm độc nghề nghiệp...).
- Các bệnh mạch máu não.
- Các tổn thương não khác (U não, teo não, xơ rải rác, ...)
- Các bệnh cơ thể ảnh hưởng đến hoạt động của não.

1.2. Các nguyên nhân tâm lý

Chủ yếu các stress tâm lý-xã hội tác động vào các nhân cách có đặc điểm riêng, gây ra:

- Các rối loạn tâm căn.
- Các rối loạn liên quan đến stress.
- Các rối loạn dạng cơ thể.

1.3. Các nguyên nhân cấu tạo thể chất bất thường và phát triển tâm thần bệnh lý

- Chậm phát triển tâm thần.
- Nhân cách bệnh.

1.4. Các nguyên nhân chưa rõ ràng (Hay các nguyên nhân nội sinh)

Do có sự kết hợp phức tạp của nhiều nguyên nhân khác nhau (Di truyền, chuyển hoá, miễn dịch, cấu tạo thể chất, ...) nên khó xác định nguyên nhân chủ yếu. Các rối loạn tâm thần thường gọi là nội sinh như:

- Bệnh tâm thần phân liệt.
- Rối loạn cảm xúc lưỡng cực.
- Động kinh nguyên phát.

2. Các nhân tố thuận lợi cho bệnh tâm thần phát sinh

2.1. Nhân tố di truyền

Vấn đề di truyền tất nhiên có ảnh hưởng xấu đến một số bệnh tâm thần nhưng không phải là tuyệt đối. Có khi bệnh tâm thần phát sinh trong một thành viên của gia đình mà không thấy

trong những thành viên khác, có trường hợp cha mẹ đều có bệnh mà con cháu đều khỏe mạnh bình thường. Cũng có trường hợp nhân tố di truyền không tác động vào thế hệ tiếp theo mà vào thế hệ sau nữa.

2.2. Yếu tố nhân cách

Bao gồm: thích thú, khuynh hướng, năng lực, tính cách, khí chất... Nhân cách mạnh, bền vững là một nhân tố chống lại sự phát sinh các bệnh tâm thần, nhất là các bệnh do căn nguyên tâm lý. Khi bị bệnh tâm thần, người có nhân cách vững bị nhẹ hơn và hồi phục nhanh hơn. Nhân cách yếu, không bền vững là một yếu tố thuận lợi cho bệnh tâm thần phát sinh, khi mắc bệnh tâm thần thì sẽ hồi phục khó khăn và chậm.

2.3. Tuổi tác

Mỗi lứa tuổi có những đặc điểm tâm lý riêng, vì thế có những loại bệnh tâm thần thường hay xảy ra ở lứa tuổi này mà ít xảy ra ở lứa tuổi khác.

2.4 Giới tính

Nam giới thường mắc bệnh tâm thần nhiều hơn nữ giới. Các bệnh tâm thần do chấn thương sọ não, nghiện rượu, bệnh động kinh... thường gặp ở nam giới. Các bệnh rối loạn phân ly (hysteria), rối loạn cảm xúc lưỡng cực, trầm cảm, lo âu... hay gặp ở nữ giới. Đặc biệt phụ nữ còn có những rối loạn tâm thần do những biến động của nội tiết vào các thời kỳ: dậy thì, kỳ kinh nguyệt, sinh nở, tiền mãn kinh và mãn kinh.

2.5. Tình trạng sức khỏe toàn thân

Trên thực tế lâm sàng thường gặp những bệnh nhân tâm thần phát sinh khi sức khỏe bị giảm sút, mất ngủ kéo dài, thiếu dinh dưỡng lâu ngày, làm việc quá sức... Khi người bệnh tâm thần quá suy kiệt thì chú ý nâng cao thể trạng để giúp người bệnh nhanh chóng hồi phục.

3. Phân loại bệnh tâm thần

3.1. Bệnh tâm thần phân liệt.

F20 Tâm thần phân liệt

- F20.0 Tâm thần phân liệt thể hoang tưởng
- F20.1 Tâm thần phân liệt thể thanh xuân
- F20.2 Tâm thần phân liệt thể căng trương lực cơ
- F20.3 Tâm thần phân liệt không biệt định
- F20.4 Trầm cảm sau tâm thần phân liệt
- F20.5 Tâm thần phân liệt thể di chứng
- F20.6 Tâm thần phân liệt thể đơn thuần
- F20.8 Tâm thần phân liệt khác
- F20.9 Tâm thần phân liệt, không xác định

3.2. Chậm phát triển tâm thần

- F70 Chậm phát triển tâm thần nhẹ
- F71 Chậm phát triển tâm thần trung bình
- F72 Chậm phát triển tâm thần nặng

- F73 Chậm phát triển tâm thần trầm trọng
- F78 Các chậm phát triển tâm thần khác
- F79 Chậm phát triển tâm thần không xác định

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu nguyên nhân bệnh tâm thần
2. Nêu các nhân tố thuận lợi cho bệnh tâm thần phát sinh
3. Nêu phân loại bệnh tâm thần

Bài 8: CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN VÀ SA SÚT TRÍ TUỆ

A. Mục tiêu học tập

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được khái niệm về chậm phát triển tâm thần
- 1.2. Trình bày được khái niệm về sa sút trí tuệ.
- 1.3. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của chậm phát triển tâm thần và sa sút trí tuệ.

2. Kỹ năng

Vận dụng được kiến thức đã học vào việc nhận biết một người bị chậm phát triển tâm thần.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Có khả năng chủ động, tích cực trong thảo luận nhóm, phát biểu ý kiến trong học tập.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của bài học đối với thực hành nghề sau này.

B. Nội dung chính

1. Chậm phát triển tâm thần

1.1. Định nghĩa

- Chậm phát triển tâm thần không phải là một bệnh mà là một trạng thái bệnh lý của một bệnh nào đó đã đưa đến một sự thiếu sót trong mọi lĩnh vực của hoạt động trí tuệ và khả năng thích ứng.

- Chiếm tỉ lệ 1,5-3% dân số.

1.2. Các mức độ của chậm phát triển tâm thần

Ngày nay dựa vào chỉ số thông minh và biểu hiện lâm sàng, người ta chia Chậm phát triển tâm thần thành bốn mức độ:

- CPTTT mức độ nhẹ: IQ từ 50-70
- CPTTT mức độ trung bình: IQ từ 35-49
- CPTTT mức độ nặng: IQ từ 20-34
- CPTTT mức độ nghiêm trọng: IQ từ <20

1.2.1. CPTTT mức độ nhẹ

- Chiếm 80% các trường hợp, người bệnh được xem như có thể đi học được.
- Lúc trưởng thành người bệnh có khả năng nghề nghiệp và quan hệ xã hội đủ để tự lập được, nhưng thường phải cần sự giúp đỡ của người thân khi gặp khó khăn bất ngờ về mặt xã hội và đời sống.

1.2.2. CPTTT mức độ trung bình

- Chiếm tỉ lệ 12% các trường hợp.
- Ở giai đoạn trước tuổi đi học, người bệnh có thể nói, nhưng thường ít thấu hiểu các qui tắc xã hội, họ có thể được hướng dẫn để tự chăm sóc bản thân.
- Ở giai đoạn đi học, họ có thể học nghề và ít khi học quá lớp hai.

1.2.3. CPTTT mức độ nặng

- Chiếm tỉ lệ 7%.
- Ở giai đoạn trước tuổi đi học, người bệnh kém phát triển về vận động và ngôn ngữ.

- Ở giai đoạn đi học, họ có thể học nói và biết những vấn đề vệ sinh sơ đẳng.
- Lúc trưởng thành họ chỉ có thể làm được những việc đơn giản dưới sự giám hộ chặt chẽ.

1.2.4. CPTTT mức độ nghiêm trọng

- Chiếm tỉ lệ dưới 1%.
- Họ luôn cần được chăm sóc theo dõi trong cơ sở y tế và xã hội.

1.3. Chẩn đoán

Dựa vào 3 tiêu chuẩn chính:

- Hoạt động trí tuệ dưới mức trung bình (IQ <70).
- Có thể đưa đến hoặc phối hợp với các thiếu sót về khả năng thích ứng.
- Khởi đầu trước 18 tuổi.

2. Sa sút trí tuệ

2.1. Đại cương

- SSTT là một hội chứng của bệnh lý não, thường có tính chất mãn tính và tiến triển từ từ.
- Thường gặp trong các bệnh lý sau:
 - + Bệnh Alzheimer.
 - + Bệnh lý mạch máu não.
 - + Nhiễm HIV.
 - + Chấn thương sọ não.
 - + Bệnh Parkinson.

2.2. Chẩn đoán

Đặc điểm chủ yếu của SSTT là sự khiếm khuyết về khả năng trí tuệ của người bệnh, bao gồm khiếm khuyết cả trí nhớ, và ít nhất phải có một trong các biểu hiện sau đây:

- Mất ngôn ngữ.
- Mất nhận thức: bệnh nhân mất nhận thức các đồ vật mặc dù chức năng cảm giác còn nguyên vẹn.
- Mất dùng động tác: Bệnh nhân mất khả năng vận động mặc dù chức năng vận động còn nguyên vẹn.
- Rối loạn chức năng chấp hành: suy giảm khả năng tổ chức, lập kế hoạch, khả năng sắp xếp công việc.

2.3. Các xét nghiệm

- Chụp CT scanner
- Chụp MRI

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu các mức độ của chậm phát triển tâm thần
2. Nêu ba tiêu chuẩn để chẩn đoán chậm phát triển tâm thần
3. Nêu các bệnh lý thường gặp đưa đến sa sút trí tuệ.

Bài 9: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY NHƯỢC THẦN KINH, HYSTERIA, ĐỘNG KINH, TÂM THẦN DO RƯỢU, RỐI LOẠN TÂM THẦN HUNG CẢM - TRẦM CẢM, TÂM THẦN PHÂN LIỆT

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh và phân loại của suy nhược thần kinh, Hysteria, động kinh, tâm thần do rượu, rối loạn tâm thần hưng cảm - trầm cảm và tâm thần phân liệt.
- 1.2. Nêu được chẩn đoán, điều trị người bệnh suy nhược thần kinh, Hysteria, động kinh, tâm thần do rượu, rối loạn tâm thần hưng cảm - trầm cảm và tâm thần phân liệt.
- 1.3. Trình bày được các bước lập kế hoạch chăm sóc người bệnh suy nhược thần kinh, Hysteria, động kinh, tâm thần do rượu, rối loạn tâm thần hưng cảm - trầm cảm và tâm thần phân liệt.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực

B. Nội dung chính

1. Đại cương

- Hysteria là bệnh căn nguyên tâm lý, xuất hiện sau sang chấn tinh thần trên người bệnh có nhân cách riêng, nói chung là yếu.
- Là bệnh tâm căn khá phổ biến.
- Bệnh phát sinh ở người trẻ nhiều hơn người già, nữ nhiều hơn nam.
- Triệu chứng đa dạng nên dễ nhầm lẫn với các bệnh khác.

2. Nguyên nhân

Nguyên nhân chủ yếu là các sang chấn tâm thần. Bệnh thường xuất hiện ở những người có loại hình thần kinh yếu.

3. Triệu chứng

3.1. Cơ co giật hysteria

Cơ co giật, co cứng sững sờ sau một chấn thương tâm lý. Bệnh nhân giãy giụa la hét, đập giường... nhưng ý thức vẫn tỉnh táo và nhận biết được xung quanh, thích được mọi người chú ý.

3.2. Rối loạn vận động

Có thể gặp rối loạn vận động như run, co giật, liệt chức năng mơ hồ không rõ định khu, không rõ ràng, có khi như giả vờ, lan tỏa khắp cơ thể.

3.3. Rối loạn cảm giác

Rối loạn cảm giác mất hoặc tăng cảm (một kích thích nhỏ nhưng bệnh nhân cảm nhận lớn hơn bình thường); cảm giác đau và sơ đồ cảm giác cơ thể; cảm giác nội tạng cũng bị rối loạn như đau bụng, đau ngực, đau vùng tim...

Đột nhiên điếc sau một chấn thương tâm lý mà không hề có tổn thương thực thể ở hệ thống thính giác. Khả năng phục hồi bằng thôi miên hầu như có kết quả rất rõ. Có khi bệnh nhân đột nhiên chẳng nhìn thấy gì trong khi mắt vẫn mở, vẫn mơ hồ nhận thấy le lói vật thể xung quanh.

3.5. Rối loạn ngôn ngữ

Nói khó, nói lắp, không nói. Cơ quan phát âm bình thường.

3.6. Rối loạn thần kinh thực vật

Khó thở, đau ngực, đau bụng, nhức đầu.

3.7. Các rối loạn tâm thần

- Cảm xúc không ổn định
- Hành vi kịch tính, phô trương

4. Điều trị

- Chủ yếu là điều trị tâm lý liệu pháp.
- Dùng thuốc chỉ có tác dụng hỗ trợ.

5. Chăm sóc

- Từ lời nói, trang phục đến việc làm của nhân viên y tế phải thật đúng mực để tác động tích cực tới liệu pháp tâm lý của thầy thuốc.
- Tuyệt đối không được coi thường bệnh nhân, nhất là cho bệnh nhân là giả vờ bệnh.
- Tránh thái độ lo lắng quá mức, hoặc theo dõi quá chặt làm cho bệnh nhân tưởng mình mắc bệnh quá nặng.
- Khi tiếp xúc người bệnh phải nghiêm túc nhưng niềm nở, ân cần, chu đáo.
- Lời nói của nhân viên phải khớp với nội dung lời nói của thầy thuốc, những lời giải thích không đúng có thể làm mất tác dụng liệu pháp tâm lý của thầy thuốc

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nguyên nhân của *hysteria* là gì?
2. Nêu con cơ giết *hysteria*.
3. Nêu điều trị *hysteria*.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SUY NHƯỢC THẦN KINH

B. Nội dung chính

1. Nguyên nhân-bệnh sinh

1.1. Sang chấn tâm lý

- Theo Paplop SNTK là do bệnh căn nguyên tâm lý gây nên, do trạng thái quá căng thẳng của quá trình hưng phấn và ức chế, hoặc tính linh hoạt của hai quá trình này.
- Sự căng thẳng của quá trình hưng phấn là do buồn phiền, lo lắng, mâu thuẫn kéo dài trong gia đình giữa vợ chồng, con cái, những mâu thuẫn trong tập thể và thất bại trong thi cử, công tác...
- Sự căng thẳng của quá trình ức chế xảy ra khi con người cố gắng kìm hãm mình để không thể hiện ra bên ngoài ý nghĩ, tình cảm của bản thân, tỏ vẻ bằng lòng trước công việc mà mình không hề ưa thích.

1.2. Yếu tố cơ thể

Mệt mỏi, bệnh nhiễm trùng, suy dinh dưỡng là yếu tố thuận lợi để bệnh phát sinh.

2. Chẩn đoán

Để chẩn đoán xác định cần các điều kiện sau:

- Hoặc là than phiền dai dẳng và khó chịu về sự mệt mỏi gia tăng sau một cố gắng trí óc, hoặc là các than phiền dai dẳng khó chịu về sự suy yếu và suy kiệt của cơ thể sau một gắng sức tối thiểu.
- Có ít nhất hai trong các triệu chứng sau:
 - + Đau căng đầu
 - + Choáng váng
 - + Khó thư giãn
 - + Rối loạn giấc ngủ
 - + Đau nhức cơ
 - + Dễ bực tức
 - + Ăn khó tiêu

3. Điều trị

- Điều trị bằng tâm lý
- Điều trị triệu chứng: mất ngủ, lo lắng, đau căng đầu, khó tiêu...

4. Chăm sóc

4.1. Nhận định

- Hỏi các triệu chứng cơ năng: mất ngủ, lo lắng, đau căng đầu, khó tiêu, đau nhức cơ.
- Động viên người bệnh an tâm, tin tưởng điều trị.

4.2. Lập kế hoạch chăm sóc

- Chăm sóc cơ bản: ăn uống, nghỉ ngơi, chế độ vệ sinh.
- Thực hiện y lệnh: thuốc, xét nghiệm, theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Giáo dục sức khỏe.

4.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

4.3.1. Chăm sóc cơ bản

- Nghỉ ngơi, hạn chế các sang chấn tâm lý.
- Hạn chế chất kích thích: rượu, cà phê, thuốc lá...
- Đảm bảo ăn đủ chất, thức ăn dễ tiêu.

4.3.2. Thực hiện y lệnh

- Cho bệnh nhân tiêm thuốc, uống thuốc, truyền dịch...
- Làm các xét nghiệm: CTM, PTNT, ECG, EEG... Theo dõi dấu hiệu sinh tồn...
- Giáo dục sức khỏe:
 - + Vấn đề giáo dục con em lúc tuổi nhỏ không nên quá nghiêm khắc cũng không nên quá nuông chiều, tránh cho trẻ những sang chấn tâm lý.
 - + Giải quyết tốt những mâu thuẫn trong gia đình, trong học tập và trong công tác.
 - + Đảm bảo ngủ đúng giờ, ngủ đủ số giờ cần thiết.

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu sang chấn tâm lý đưa đến suy nhược thần kinh.
2. Nêu chẩn đoán suy nhược thần kinh.
3. Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân suy nhược thần kinh.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH

B. Nội dung chính

1. Khái niệm

- Động kinh là bệnh tâm thần khá phổ biến.
- Chiếm tỷ lệ 0,4-0,5 % dân số.
- Bệnh xuất hiện ở mọi lứa tuổi, nhưng thường bắt đầu ở tuổi trẻ dưới 20 tuổi (chiếm 80%).

- Theo WHO: “Động kinh là một bệnh mạn tính, có nhiều nguyên nhân khác nhau, đặc trưng là sự lặp đi lặp lại của các cơn do sự phóng điện quá mức của tế bào thần kinh não bộ, dù cho các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng kết hợp có thể khác nhau”.

2. Phân loại

2.1. Động kinh cục bộ

- Động kinh cục bộ đơn giản.
- Động kinh cục bộ phức tạp.
- Động kinh cục bộ toàn thể hóa thứ phát.

2.2. Động kinh toàn thể tiên phát

- Cơn lớn (gồng cứng-co cứng).
- Cơn gồng cứng.
- Cơn vắng ý thức.
- Cơn vắng ý thức không điển hình.
- Cơn giật cơ.
- Cơn mất trương lực cơ.
- Cơn co thắt trẻ em.

2.3. Các trạng thái động kinh liên tục

- Động kinh cơn lớn liên tục.
- Động kinh cơn vắng ý thức liên tục.
- Động kinh cục bộ liên tục.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Triệu chứng lâm sàng của động kinh cơn lớn

- Cơn thường xảy ra đột ngột, người bệnh mất ý thức trong thời gian ngắn, xuất hiện co cứng, co giật sau đó là trạng thái hôn mê.
- Triệu chứng báo trước: Trước khi lên cơn vài vài giờ đến vài ngày người bệnh có thể có dấu hiệu báo trước: đau đầu, chóng mặt, ù tai, mất ngủ, ...

Những dấu hiệu báo trước có thể không xảy ra và động kinh cơn lớn xuất hiện đột ngột:

- Người bệnh mất ý thức, các cơ co cứng, bất thành linh ngã xuống, tay chân người bệnh duỗi thẳng, hai hàm răng xiết chặt, lưỡi có thể cắn chảy máu, mặt người bệnh tái nhợt rồi tím tái. Mạch nhanh, huyết áp tăng nhẹ, đồng tử co sau đó giãn và mất phản xạ ánh sáng. Giai đoạn này kéo dài khoảng 30 giây đến 1 phút.
- Sau giai đoạn co cứng tiếp đến giai đoạn co giật: các cơ vận co duỗi nhanh, miệng người bệnh trào nước bọt, đôi khi có máu hồng do cắn lưỡi, nhịp độ co giật giảm dần và mất hẳn, thời gian co giật khoảng 2-5 phút.
- Hôn mê: sau giai đoạn co giật người bệnh đi vào trạng thái hôn mê, có thể xuất hiện phản xạ bệnh lý, mất phản xạ ánh sáng ở đồng tử.
- Sau cơn người bệnh tỉnh dần, ban đầu có rối loạn về năng lực định hướng với môi trường xung quanh và không nhớ những gì đã xảy ra.

3.2. Chẩn đoán xác định bệnh động kinh dựa vào

- Biểu hiện lâm sàng của bệnh động kinh.
- Điện não đồ.

4. Điều trị

- Bệnh động kinh cần được điều trị càng sớm càng tốt. Cơ bản là dùng thuốc chống động kinh. Có nhiều loại để sử dụng cho từng loại động kinh khác nhau.
- Dùng thuốc là để kiểm soát cơn động kinh. Trong khi điều trị bệnh nhân vẫn tham gia sinh hoạt bình thường, trẻ em vẫn có thể tham gia học tập như những trẻ khác.
- Điều quan trọng là cần động viên bệnh nhân kiên trì điều trị, không nên ngưng thuốc đột ngột. Nếu ngưng thuốc đột ngột chắc chắn cơn động kinh sẽ xuất hiện trở lại và trạng thái động kinh liên tục có thể xảy ra.

Giáo dục sức khỏe:

- Khi bệnh nhân xuất viện giải thích về tình trạng bệnh để bệnh nhân an tâm điều trị, người bệnh vẫn có thể tham gia sinh hoạt bình thường, nhưng cần chú ý khi tiếp xúc với lửa, nước như ao hồ, sông ngòi, đề phòng khi lên cơn người bệnh dễ bị phỏng và chết đuối.
- Tránh những công việc nặng nhọc dưới trời nóng và những công việc gây nguy hiểm.

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu khái niệm động kinh của Who
2. Nêu phân loại động kinh cục bộ
3. Triệu chứng lâm sàng của động kinh cơn lớn là gì?

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TÂM THẦN DO RƯỢU

B. Nội dung chính

1. Các rối loạn tâm thần do rượu

1.1. Say rượu thông thường

Là trạng thái ngộ độc rượu Ethylic cấp tính diễn biến qua 3 giai đoạn:

- Giai đoạn kích thích: (khi nồng độ rượu trong máu từ 1,5-2,5g/lít).

Người uống rượu cảm thấy khoan khoái, dễ chịu, vui vẻ, nói nhiều, tăng hoạt động, nhưng có sự giảm về chú ý và trí nhớ.

- Giai đoạn say lão đảo: (khi nồng độ rượu trong máu từ 2,5-3,5g/lít).

Giọng nói lè nhè, cảm xúc hay thay đổi từ vui đến giận dữ, vã mồ hôi.

- Giai đoạn hôn mê: (khi nồng độ rượu trong máu trên 4g/lít).

Người bệnh hôn mê, hạ thân nhiệt, giảm trương lực cơ, thở khò khè, có thể đưa đến trụy tim mạch và tử vong.

1.2. Say rượu bệnh lý

- Say rượu bệnh lý là một loạn thần cấp tính trong một thời gian ngắn.
- Đặc điểm của say rượu bệnh lý là không có sự tương xứng giữa số lượng rượu uống với các triệu chứng tâm thần.
- Ý thức người bệnh mờ, năng lực định hướng về thời gian và không gian bị rối loạn. Người bệnh có ảo giác thị giác, thính giác, có các hoang tưởng bị theo dõi, bị đe dọa. Hành vi người bệnh bị rối loạn, thường biểu hiện bằng các hoạt động phạm pháp như tấn công người khác, đốt nhà...

1.3. Nghiện rượu mãn tính

- Chứng nghiện rượu mãn tính thường xảy ra khi dùng rượu thường xuyên nhưng không phải mọi trường hợp uống rượu thường xuyên đều có thể coi như chứng nghiện rượu mãn tính.
- Nghiện rượu mãn tính có các biểu hiện sau:
 - + Hội chứng cai rượu: Xuất hiện khi thiếu rượu:
 - Người bệnh bồn chồn, bứt rứt, lo sợ một cách mơ hồ.
 - Run tay.
 - Rối loạn thần kinh thực vật: tim đập nhanh, vã mồ hôi...
 - Nặng có thể co giật kiểu động kinh.
 - Tất cả các triệu chứng trên mất đi khi uống một lượng rượu nhỏ.
 - + Khả năng dung nạp rượu của người bệnh thay đổi.
 - + Biến đổi nhân cách và sa sút tâm thần.

1.4. Các loạn thần khác do rượu

- Trạng thái ảo giác do rượu.
- Hoang tưởng ghen tuông do rượu.

2. Điều trị

2.1. Với các trường hợp cấp tính

- Cho nhập viện và ngưng uống rượu.
- Điều chỉnh các rối loạn điện giải.
- Nâng thể trạng: dùng vitamin nhóm B, nhất là B1.
- Tùy theo bệnh cảnh lâm sàng có thể sử dụng các thuốc sau: Chlopromazin, Haloperidol, Diazepam...

2.2. Với các trường hợp mãn tính

Phải tiến hành điều trị lâu dài, có sự hợp tác của bệnh nhân, người thầy thuốc và sự đóng góp của xã hội.

2.3. Tâm lý liệu pháp

- Phải phối hợp điều trị tâm lý tâm thể và cá nhân.
- Phải giải thích kiên trì cho người bệnh nguyện vọng tha thiết chấm dứt thói quen uống rượu.

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Say rượu thông thường là gì?
2. Nêu say rượu bệnh lý.
3. Nêu nghiện rượu mãn tính.

CSBN RỐI LOẠN TÂM THẦN HÙNG-TRẦM CẢM

B. Nội dung chính

Phần 1: Stress

1. Khái niệm

- Stress là một thuật ngữ được sử dụng rộng rãi trong ngôn ngữ hàng ngày cũng như trong các phương tiện thông tin đại chúng.
- Stress được dùng để chỉ một nguyên nhân, tức là một tác nhân công kích nào đó làm cho cơ thể khó chịu. Ví dụ: tiếng ồn là stress.
- Stress cũng được dùng để chỉ một hậu quả, tức là do một tác nhân công kích gây ra một hậu quả và hậu quả đó chính là phản ứng của cơ thể trước tác nhân công kích đó. Ví dụ: người ta nói tôi bị stress vì tiếng ồn ở thành phố.
- Như vậy, stress vừa chỉ tác nhân công kích, vừa chỉ phản ứng của cơ thể trước tác nhân đó.
- Trong điều kiện thông thường, stress là một đáp ứng thích nghi bình thường về mặt tâm lý và sinh học. Stress đặt con người vào tình trạng phải thích nghi với môi trường.
- Trong stress bệnh lý, cơ thể đáp ứng không đầy đủ, không thích hợp nên không thể tạo ra một sự cân bằng mới. Vì vậy, gây ra những rối loạn chức năng tạm thời hoặc kéo dài.

2. Những tình huống stress bệnh lý

2.1. Stress bệnh lý cấp tính

2.1.1. Những phản ứng cảm xúc cấp diễn, tức thì

Đặc trưng của trạng thái này là sự hưng phấn quá mức về tâm thần và cơ thể:

- Tăng trương lực cơ: nét mặt căng thẳng, cảm giác đau cơ do căng thẳng bên trong.
- Rối loạn thần kinh thực vật: khó thở, đau đầu, chóng mặt, vã mồ hôi, đau trước tim, ngất, tim nhịp nhanh, huyết áp tăng.
- Tăng cảm: khó chịu trước những tiếng động thông thường.
- Tập trung chú ý kém.
- Dễ kích thích, dễ nổi cáu.
- Rối loạn lo âu lan tỏa, sợ hãi mơ hồ.
- Trạng thái phản ứng kéo dài vài phút đến vài giờ.

2.1.2. Những phản ứng cảm xúc cấp xảy ra chậm.

Những phản ứng xảy ra chậm vì giai đoạn chống đỡ vẫn còn tiếp diễn, nhưng chỉ tạo ra một sự cân bằng không bền vững, kéo dài trong vài giờ đến vài ngày.

2.2. Stress bệnh lý kéo dài

2.2.1. Các biểu hiện về tâm thần

- Dễ cáu gắt, khó chịu, căng thẳng về tâm lý, mệt mỏi về tinh thần.
- Rối loạn giấc ngủ: khó ngủ, khó thức giấc.
- Bi quan, lo lắng, căng thẳng.
- Rối loạn lo âu dai dẳng, thỉnh thoảng xuất hiện cơn lo sợ khi đến nơi có tình huống stress.

2.2.2. Các biểu hiện về cơ thể

- Trạng thái suy nhược kéo dài.
- Đau đầu kéo dài, đau cột sống, đau thượng vị, đau vùng trước tim, đánh trống ngực.
- Run, vã mồ hôi.
- Viêm đại tràng chức năng.

2.2.3. Các biểu hiện về thói quen và tập tính

- Thay đổi tính cách, thái độ, né tránh các quan hệ xã hội.
- Hoặc dễ cáu gắt, mất kiểm chế, khó khăn trong giao tiếp.

2.3. Các trạng thái trầm cảm

Do rối loạn lo âu kéo dài, bệnh nhân tự thấy không thể tiến triển tốt hơn, tự đánh giá thấp bản thân, xuất hiện các nhân tố trầm cảm, dần dần hình thành hội chứng trầm cảm.

2.4. Các trạng thái stress sau sang chấn

- Bệnh tâm căn.
- Loạn tâm thần căn nguyên tâm lý.

Phần 2: Rối loạn tâm thần hưng-trầm cảm

1. Khái niệm

- Xuất hiện từng chu kỳ: hoặc là cơn hưng cảm, hoặc là cơn trầm cảm, giữa hai thời kỳ bệnh trạng thái tâm thần hoàn toàn bình thường.

- Con hưng cảm và trầm cảm có thể xen kẽ hoặc không xen kẽ (thể lưỡng cực), có trường hợp chỉ con trầm cảm hoặc chỉ con hưng cảm (thể đơn cực).
- Dù cho bệnh tái phát nhiều lần cũng không thấy biến đổi nhân cách hay sa sút tâm thần như trong bệnh TTPL.

2. Lâm sàng

2.1. Con hưng cảm

- Cảm xúc hưng phấn: Cảm xúc khoan khoái, nhẹ nhõm, tràn đầy sức sống, mọi cảm giác mệt mỏi hoàn toàn tan biến.
- Tăng nhịp độ tư duy: tư duy người bệnh luôn bị phân tán bởi ngoại cảnh, họ luôn chú ý đến sự việc xung quanh.
- Tình trạng kích thích tâm thần vận động.
- Nói nhiều, nói từ vấn đề này sang vấn đề khác.
- Thích làm việc này việc nọ nhưng không bao giờ hoàn thành công việc.
- Lúc nào cũng tỏ ra bận rộn, vội vã.

2.2. Con trầm cảm

- Cảm xúc ức chế: người bệnh cảm thấy chán nản, buồn rầu vô hạn.
- Tư duy chậm chạp: quá trình liên tưởng của người bệnh chậm chạp.
- Trạng thái tâm thần ức chế: đi đứng chậm chạp, nói từng tiếng một.

3. Xử trí

- Con hưng cảm: sử dụng các thuốc chống loạn thần.
- Con trầm cảm: sử dụng các thuốc chống trầm cảm.
- Dùng thuốc ổn định khí sắc.

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu stress bệnh lý cấp tính
2. Nêu stress bệnh lý kéo dài
3. Nêu các trạng thái trầm cảm
4. Đặc điểm lâm sàng của con hưng cảm
5. Nêu con trầm cảm

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT

B. Nội dung chính

1. Khái niệm về bệnh TTPL

- TTPL là bệnh tâm thần nặng, tiến triển từ từ, căn nguyên hiện nay chưa rõ. Làm biến đổi nhân cách người bệnh theo kiểu phân liệt, tức là cho họ dần dần tách khỏi cuộc sống bên ngoài, thu về thế giới bên trong, làm cho tình cảm của họ khô lạnh dần, khả năng làm việc ngày một sút kém và có những hành vi lập dị khó hiểu.

- Chiếm tỷ lệ 0,3-1% dân số.

2. Đặc điểm lâm sàng

- Tư duy vang thành tiếng, tư duy bị áp đặt, tư duy bị đánh cắp, tư duy bị phát thanh.

- Các hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối.

- Các ảo thanh bình luận về hành vi của người bệnh.

- Các hoang tưởng về quyền lực (khuếch đại, có nhiều tài năng, giàu có...)

- Ảo giác dai dẳng kéo dài trong nhiều tuần, nhiều tháng.

- Tư duy bị gián đoạn đưa đến tư duy không liên quan, sáng tạo ngôn ngữ.

- Căng trương lực, kích động, bất động.

- Các triệu chứng âm tính: vô cảm rõ rệt, tư duy nghèo nàn, cảm xúc cùn mòn, không thích hợp đưa đến cách ly xã hội.

- Mất thích thú, lười nhát, cách ly xã hội.

3. Các thể lâm sàng

- Thể hoang tưởng.

- Thể thanh xuân.

- Thở căng trương lực.
- Thở không biệt định.
- Thở trầm cảm sau phân liệt.

4. Điều trị

Điều trị TTPL nhằm mục đích:

- Khắc phục trạng thái RLTT cấp tính.
- Củng cố giai đoạn thuyên giảm.
- Chống bệnh tái phát và tổ chức phục hồi chức năng cho người bệnh.
- Muốn có kết quả tốt phải điều trị bệnh sớm, điều trị từ khi bệnh mới bắt đầu, điều trị lâu dài và liên tục, theo dõi người bệnh gần như suốt đời.
- Điều trị phải kết hợp cả liệu pháp hóa học, tâm lý liệu pháp, lao động và tái thích ứng xã hội.
- Các thuốc được tăng hoặc giảm liều tùy theo đáp ứng của bệnh nhân hoặc khi có sự xuất hiện tác dụng phụ của thuốc.

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu đặc điểm lâm sàng của TTPL
2. Nêu các thể lâm sàng của TTPL
3. Điều trị TTPL nhằm mục đích gì?

Bài 10: CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN, THEO DÕI CHĂM SÓC CÁC TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU TRONG TÂM THẦN, PHỤ GIÚP THẦY THUỐC KHÁM VÀ LÀM CÁC LIỆU PHÁP CHỮA BỆNH TÂM THẦN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được quy định chung về sử dụng thuốc và tác dụng của các thuốc hướng thần.
- 1.2. Tiến hành được việc sử dụng thuốc an toàn cho bệnh nhân tâm thần.
- 1.3. Kể được các biến chứng có thể xảy ra khi sử dụng thuốc hướng thần cho người bệnh và cách phòng tránh.
- 1.4. Mô tả được các trạng thái bệnh lý, định nghĩa, nguyên nhân các trường hợp trong cấp cứu bệnh tâm thần.
- 1.5. Trình bày được cách bố trí phòng khám bệnh cho bệnh nhân tâm thần.
- 1.6. Mô tả được cách phụ giúp bác sĩ khám bệnh và một số liệu pháp tâm lý hỗ trợ điều trị bệnh nhân tâm thần.
- 1.7. Trình bày được các bước lập kế hoạch chăm sóc người bệnh làm các liệu pháp chữa bệnh tâm thần.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực.

B. Nội dung chính

1. Đại cương

- Mục đích của điều trị tâm thần không chỉ nhằm khắc phục các rối loạn tâm thần cấp tính mà điều trị cơ bản là giúp cho người bệnh có một trạng thái tâm thần ổn định, từ đó có thể thích ứng với môi trường xã hội.
- Nguyên tắc cơ bản của điều trị tâm thần là kết hợp nhiều liệu pháp: dùng thuốc, liệu pháp gây choáng, tâm lý, xã hội.
- Các liệu pháp thường dùng là:
 - Liệu pháp hóa dược.
 - Liệu pháp gây choáng.
 - Liệu pháp tâm lý.
 - Liệu pháp xã hội.

2. Liệu pháp hóa dược

2.1. Mục đích

- Nhanh chóng ổn định các RLTT.
- Duy trì trạng thái ổn định, tránh tái phát.
- Phục hồi khả năng lao động, tái thích ứng xã hội.

2.2. Nguyên tắc

- Điều trị sớm.
- Điều trị đúng.
- Điều trị lâu dài.

3. Liệu pháp tâm lý

- Tâm lý kịch.
- Tâm lý nhóm.
- Trò chơi liệu pháp.
- Thôi miên.

4. Choáng điện

- Trầm cảm nặng, trầm cảm kháng thuốc.
- TTPL thể căng trương lực, ảo giác, hoang tưởng.
- Trạng thái kích động dữ dội.
- Hưng cảm kéo dài.

5. Liệu pháp xã hội

Liệu pháp tái thích ứng xã hội là làm cho người bệnh trở lại cuộc sống bình thường của xã hội.

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu các liệu pháp thường dùng trong điều trị bệnh tâm thần
2. Nêu liệu pháp hóa dược
3. Nêu liệu pháp tâm lý

TDCS CÁC TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU TÂM THẦN

B. Nội dung chính

1. Tự sát

1.1. Khái niệm

Tự sát là hoạt động tự đem lại cái chết cho bản thân.

1.2. Nguyên nhân

- Tự sát có thể gặp ở người bình thường như: quá thất vọng, chán nản, buồn rầu...
- Trong tâm thần học, tự sát gặp ở những người bệnh tâm thần trong các trạng thái sau:
 - + Trầm cảm nặng.
 - + Trạng thái ảo giác, hoang tưởng trong bệnh tâm thần phân liệt.
 - + Rối loạn tâm thần sau sang chấn tâm lý có hoang tưởng bị tội, bị hại.

1.3. Xử trí

- Đối với bệnh nhân có ý tưởng và hành vi tự sát cần cho nhập viện, đặt vào diện chăm sóc cấp 1.
- Theo dõi đặc biệt ngày cũng như đêm, nhất là ban đêm vì phần lớn các trường hợp tự sát thường xảy ra vào thời điểm này.
- Cách ly bệnh nhân vào phòng riêng, trong đó không có những phương tiện để tự sát: dây, dao, kéo, khăn quàng cổ, thuốc chống loạn thần...
- Không để người bệnh nằm trùm kín đầu trong chăn vì người bệnh có thể xé ga giường, hoặc dùng khăn để thắt cổ tự sát.

- Khi phát thuốc nhân viên y tế phải kiểm tra xem người bệnh có uống thuốc hay không vì có trường hợp bệnh nhân để thuốc vào miệng nhưng không nuốt và sau đó tích trữ thuốc một số lượng khá nhiều rồi uống một lần để tự sát.
- Choáng điện: Đối với trường hợp trầm cảm nặng; tâm thần phân liệt có hoang tưởng bị hại, bị tội.

2. Trạng thái kích động

2.1. Khái niệm

Kích động là trạng thái hưng phấn về tâm lý và vận động quá mức, xuất hiện đột ngột, không có mục đích rõ ràng, không phù hợp với môi trường xung quanh và thường mang tính chất phá hoại, nguy hiểm.

2.2. Nguyên nhân

- Tâm thần phân liệt
- Trạng thái hưng cảm ở BN hưng trầm cảm.
- Động kinh tâm thần.
- Nhân cách bệnh.
- Sa sút tâm thần.

2.3. Xử trí

- Quan sát các biểu hiện của người bệnh từ cách ăn mặc đến cử chỉ, tác phong, lời nói, cảm xúc...
- Bằng thái độ điềm đạm, bình tĩnh hỏi người bệnh, người nhà để sơ bộ tìm hoàn cảnh phát sinh kích động.
- Nếu hoàn cảnh cho phép, người bệnh đồng ý cho khám nên tiến hành khám ngay: lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ...
- Cần trấn tĩnh ngay trạng thái tâm thần của người bệnh bằng liệu pháp tâm lý.
- Nên cho người bệnh ở phòng yên tĩnh, nếu cần thiết mới vào phòng cách ly.
- Xử trí thuốc theo y lệnh bác sĩ, thông thường những thuốc có hiệu quả như: Chlopromazin, Haloperidol...

3. Không chịu ăn uống

3.1. Nguyên nhân

- Trạng thái căng trương lực trong bệnh TTPL.
- Trạng thái ảo giác hoang tưởng trong TTPL.
- Trầm cảm.
- Rối loạn bản năng ăn uống.
- Loạn thần tuổi già.

3.2. Xử trí

- Điều trị các bệnh tâm thần chính đã gây nên hiện tượng không chịu ăn uống.
- Dùng liệu pháp tâm lý, động viên người bệnh ăn uống. Nếu BN từ chối không chịu ăn thì cho đặt sond dạ dày, nuôi ăn qua sond.

- Nâng thể trạng: dịch truyền, vitamine...
- Chú ý vệ sinh cơ thể, tránh loét, tránh bội nhiễm...

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu xử trí tụt sát.
2. Nêu xử trí kích động.
3. Nêu xử trí không chịu ăn uống.

PHỤ GIÚP THẦY THUỐC KHÁM VÀ LÀM CLPCBTT

B. Nội dung chính

1. Phụ giúp thầy thuốc khám bệnh nhân tâm thần

- Hướng dẫn cho gia đình bệnh nhân khai đầy đủ và chính xác về tiền sử, bệnh sử tâm thần của bệnh nhân.
- Giải quyết các thủ tục cần thiết: ghi chép vào sổ khám bệnh đầy đủ các mục (tên tuổi, nghề nghiệp, quê quán, nơi giới thiệu...)
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, HA, đánh giá toàn trạng BN để báo cáo thầy thuốc.
- Thực hiện y lệnh thầy thuốc một cách đầy đủ, chính xác và kịp thời.
- Cùng với thầy thuốc xử trí tích cực và kịp thời các trường hợp BN cấp cứu.

2. Hướng dẫn BN và người nhà BN sử dụng thuốc

- Giải thích cho người nhà BN biết cần phải quản lý chặt chẽ các thuốc chống loạn thần, không để BN tự động lấy thuốc uống để phòng trường hợp BN uống quá liều hoặc BN tụt sát.
- Cẩn dặn người nhà BN cho BN uống thuốc đều đặn theo chỉ dẫn của thầy thuốc.
- Nói rõ cho người nhà BN biết về tác dụng phụ của thuốc chống loạn thần: run tay, chảy nước dãi, khó nuốt, khô miệng, mờ mắt... để người nhà yên tâm.
- Khi BN có những biểu hiện khác thường như: mẫn ngứa, vẹo cổ... phải báo cho thầy thuốc để kịp thời xử trí.
- Cẩn dặn người nhà phải đưa BN đến tái khám đầy đủ, đều đặn theo định kỳ.

3. Chuẩn bị dụng cụ, phụ giúp thầy thuốc làm các thủ thuật

3.1. Sốc điện

Sốc điện là một liệu pháp điều trị bằng cách cho một dòng điện qua tế bào não gây cơn co giật (giống như cơn động kinh) nhưng không gây tổn thương tế bào não. Sau sốc điện trạng thái tâm thần BN tốt hơn trước khi sốc.

3.1.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Kiểm tra máy sốc điện, điện cực, dây điện cực trước khi sốc điện.
- Chuẩn bị các phương tiện và dụng cụ: Bình oxy, thuốc cấp cứu; past để bôi vào điện cực; gạc, băng cuộn để ngáng lưỡi; khăn lau đàm dãi bệnh nhân.

3.1.2. Chuẩn bị BN

- Giải thích cho BN và người nhà BN để họ an tâm.
- Dặn BN không ăn trước khi sốc ít nhất 3 giờ.
- Tháo răng giả (nếu có), tháo các trang sức trên người BN.
- Kiểm tra M, HA trước khi sốc.
- Tuyệt đối không cho người nhà vào phòng sốc.

3.1.3. Phụ giúp thầy thuốc làm sốc điện

- Cho BN nằm ngửa trên giường, cho ngáng lưỡi vào giữa hai hàm BN, bảo BN nhắm mắt, hai tay để thẳng dọc hai bên hông.
- Bôi past vào hai điện cực, đặt hai điện cực vào hai bên thái dương BN.
- Thầy thuốc tiến hành sốc điện.
- Người phụ giữ hai vai BN để các chi ở tư thế thoải mái, đề phòng gãy xương, trật khớp.
- Khi BN hết co giật, cho BN nghiêng đầu sang một bên, rút ngáng lưỡi, lau đàm dãi cho BN.
- Thu dọn dụng cụ, máy sốc.

3.1.4. Theo dõi sau sốc

- Trật khớp vai.
- Ngưng thở
- Kiểm tra M, HA.

3.2. Liệu pháp tâm lý

- Liệu pháp tâm lý gián tiếp.
- Liệu pháp tâm lý trực tiếp.

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Nêu phụ giúp thầy thuốc khám bệnh nhân tâm thần.
2. Trình bày hướng dẫn BN và người nhà BN sử dụng thuốc.
3. Chuẩn bị dụng cụ, phụ giúp thầy thuốc làm sốc điện.

Bài 11: VỆ SINH PHÒNG BỆNH TÂM THẦN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được khái niệm và tầm quan trọng của việc vệ sinh - phòng bệnh tâm thần.
- 1.2. Thực hiện được các biện pháp vệ sinh - phòng bệnh tâm thần cho mọi người trong cộng đồng.
- 1.3. Mô tả khả năng vệ sinh - phòng bệnh tâm thần ở nước ta.
- 1.4. Giáo dục và nâng cao nhận thức cho người dân trong vệ sinh - phòng bệnh tâm thần.

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, nghiêm túc trong học tập và hợp tác tốt khi làm việc nhóm.
- 2.2. Rèn luyện tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực

B. Nội dung chính

1. Đại cương

- Vệ sinh tâm thần có mục đích làm cho hệ thần kinh vững mạnh và loại trừ các nhân tố thuận lợi cho bệnh tâm thần phát sinh, bao gồm toàn bộ việc tổ chức cuộc sống, làm việc và nghỉ ngơi hợp lý.
- Phòng bệnh tâm thần chủ yếu là loại trừ các nguyên nhân gây bệnh tâm thần.

2. Vệ sinh tâm thần

2.1. Tổ chức lao động và nghỉ ngơi hợp lý

Biết tổ chức lao động và nghỉ ngơi hợp lý người ta có thể hoàn thành khối lượng lớn công việc mà lúc nào cũng ung dung, từ tốn.

2.2. Tổ chức đời sống cá nhân

- Cần chú ý đến nhà ở, nơi làm việc sao cho ngăn nắp, thoáng mát, ít tiếng động, ồn ào để tạo được một không khí thoải mái.
- Cần bảo đảm ăn uống hợp lý, tập trung vào các bữa ăn chính có chất lượng, tránh dùng rượu, cà phê, thuốc lá và các chất kích thích khác...
- Cần đảm bảo ngủ tốt, đúng giờ, ngủ đầy đủ số giờ cần thiết và loại trừ các kích thích xấu ảnh hưởng đến giấc ngủ.

2.3. Tổ chức cuộc sống gia đình

- Gia đình là môi trường luôn tác động đến đời sống tâm thần của mỗi người.
- Việc giáo dục con em trong gia đình không nên quá nghiêm khắc, cũng không nên quá nuông chiều.
- + Tổ chức tốt việc giáo dục trong xã hội và nhà trường.
- + Hạn chế các sang chấn tâm thần cấp hoặc kéo dài trong sinh hoạt hàng ngày.
- + Biết chọn lọc thông tin vào não và có thái độ đúng với những cảm xúc âm tính.

3. Phòng bệnh tâm thần

- Phòng chống nhiễm trùng thần kinh: VN, VMN, giang mai...
- Phòng chống nhiễm độc thần kinh: nhiễm độc rượu, thuốc ngủ...
- Bảo đảm an toàn lao động, an toàn giao thông, đề phòng CTSN.
- Tổ chức tốt công tác bảo vệ bà mẹ trẻ em, tránh cho các bà mẹ mang thai có những sang chấn tâm thần...

TƯ LƯỢNG GIÁ:

1. Tổ chức lao động và nghỉ ngơi hợp lý là gì?
2. Tổ chức cuộc sống gia đình để bảo vệ sức khỏe gia đình là?
3. Phòng bệnh tâm thần?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cấp cứu tâm thần, Nhà xuất bản đại học quốc gia Hà Nội, năm 2020
2. Điều dưỡng sức khỏe tâm thần, Nhà xuất bản Y học, năm 2020
3. Tâm thần phân liệt, nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị, Nhà xuất bản Y học, năm 2020