Số: 431/QĐ-YHCTQN
Thời gian ký: 2026-10-07T13:46:44+07:00

SỞ Y TẾ TỈNH GIA LAI
BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG QUY NHƠN

TÀI LIỆU

Khóa đào tạo cập nhật kiến thức y khoa liên tục

"NÂNG CAO NĂNG LỰC QUẢN LÝ SỨC KHỎE VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT TẠI CỘNG ĐỒNG"

Gia Lai - Năm 2026

BAN SOẠN THẢO TÀI LIỆU

1. BSCKI. Võ Ngọc Phải	Giám đốc Bệnh viện Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng Quy Nhơn	Trưởng ban
2. ThS. Nguyễn Thu	Trưởng phòng KHTH - CĐT, Bệnh viện Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng Quy Nhơn	Thư ký
3. BSCKII. Nguyễn Thị Hiệp	Trưởng khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng Pleiku	Thành viên
4. ThS.BS. Lê Ngọc Bảo	Phụ trách Khoa Nội 1, Bệnh viện Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng Quy Nhơn	Thành viên

LỜI NÓI ĐẦU

Người khuyết tật có thể gặp nhiều khó khăn trong vận động, giao tiếp, nhận thức, tự chăm sóc, học tập, lao động và tham gia các hoạt động gia đình, xã hội. Bên cạnh những hạn chế về chức năng, người khuyết tật còn có nguy cơ gặp các vấn đề sức khỏe thứ phát, rào cản môi trường và khó khăn trong tiếp cận các dịch vụ y tế, phục hồi chức năng và hỗ trợ xã hội.

Trong những năm qua, Nhà nước và ngành Y tế đã ban hành nhiều chính sách, chương trình và hướng dẫn chuyên môn nhằm bảo đảm quyền của người khuyết tật; tăng cường quản lý sức khỏe, phát hiện sớm, can thiệp sớm, phục hồi chức năng và hỗ trợ hòa nhập cộng đồng. Việc triển khai hiệu quả các chính sách này đòi hỏi nhân viên y tế tại cơ sở phải được cập nhật kiến thức, có khả năng nhận diện nhu cầu, lượng giá chức năng, lập kế hoạch quản lý và phối hợp với các chuyên ngành, gia đình và cộng đồng.

Tài liệu được biên soạn nhằm cập nhật cho nhân viên y tế tại cơ sở các quy định hiện hành về quản lý sức khỏe và phục hồi chức năng cho người khuyết tật; đồng thời giới thiệu cách tiếp cận lấy người khuyết tật làm trung tâm, dựa trên chức năng và phối hợp theo nhóm đa ngành. Nội dung tập trung vào quy trình quản lý sức khỏe tại cộng đồng, vai trò của các thành viên trong nhóm đa ngành và phục hồi chức năng đối với một số tình trạng thường gặp gây khuyết tật trong cộng đồng như đột quỵ, chấn thương sọ não và các bệnh cơ xương khớp.

Ban soạn thảo hy vọng tài liệu sẽ hỗ trợ nhân viên y tế vận dụng kiến thức phù hợp vào công tác quản lý, chăm sóc và phục hồi chức năng cho người khuyết tật tại cộng đồng, góp phần duy trì khả năng hoạt động, tăng mức độ độc lập và nâng cao chất lượng cuộc sống của người khuyết tật.

TRƯỞNG BAN SOẠN THẢO

BSCKI. Võ Ngọc Phải

MỤC LỤC

QUẢN LÝ SỨC KHỎE NGƯỜI KHUYẾT TẬT THEO CÁC QUY ĐỊNH HIỆN HÀNH 4

TỔNG QUAN VỀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THEO NHÓM ĐA NGÀNH 20

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU ĐỘT QUỴ VÀ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO 33

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG MỘT SỐ BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP THƯỜNG GẶP 53

ĐÁP ÁN CÂU HỎI ÔN TẬP 75

QUẢN LÝ SỨC KHỎE NGƯỜI KHUYẾT TẬT THEO CÁC QUY ĐỊNH HIỆN HÀNH

BSCKI. Võ Ngọc Phải

Mục tiêu học tập

– Trình bày được các quyền của người khuyết tật và trách nhiệm của trạm y tế cấp xã, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, chính quyền địa phương trong quản lý sức khỏe và phục hồi chức năng.

– Phân biệt được xác định mức độ khuyết tật với đánh giá y khoa, đánh giá chức năng và đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng.

– Thực hiện được quy trình 8 bước quản lý sức khỏe người khuyết tật tại cộng đồng, từ rà soát - lập hồ sơ đến theo dõi kết quả.

– Lập được kế hoạch chăm sóc và phục hồi chức năng cá nhân có mục tiêu cụ thể, phân công rõ và tiêu chí đánh giá.

– Phát hiện dấu hiệu nguy hiểm, chuyển tuyến đúng thời điểm; bảo đảm quyền, sự đồng thuận, bí mật thông tin và khả năng tiếp cận.

– Sử dụng được bộ chỉ số tối thiểu để quản lý và báo cáo hoạt động tại xã/phường.

PHẦN I. KHUNG CHỦ TRƯƠNG, CHÍNH SÁCH VÀ PHÁP LUẬT

1. Thông điệp xuyên suốt

Thông điệp cốt lõi: Người khuyết tật là chủ thể có quyền, không chỉ là đối tượng bảo trợ. Quản lý sức khỏe phải lấy người khuyết tật làm trung tâm, hướng đến hoạt động chức năng, độc lập, tham gia xã hội và chất lượng sống.

– Không phân biệt đối xử; tôn trọng phẩm giá, ý chí và lựa chọn của người khuyết tật.

– Phát hiện và can thiệp sớm; phục hồi liên tục từ cơ sở điều trị về gia đình và cộng đồng.

– Đánh giá cả khiếm khuyết cơ thể, hạn chế hoạt động, hạn chế tham gia và rào cản môi trường.

– Phối hợp y tế - xã hội - giáo dục - việc làm; gia đình và cộng đồng là đối tác thực hiện.

– Dữ liệu phải phục vụ hành động: mỗi hồ sơ cần có vấn đề ưu tiên, mục tiêu, người phụ trách, thời hạn và kết quả.

2. Ma trận văn bản trọng tâm

Nhóm	Văn bản/nguồn	Giá trị áp dụng cho bài giảng
Điều ước quốc tế	Công ước Liên hợp quốc	Tiếp cận dựa trên quyền; sức

Nhóm	Văn bản/nguồn	Giá trị áp dụng cho bài giảng
	về quyền của người khuyết tật (CRPD); Việt Nam phê chuẩn năm 2014	khỏe, phục hồi chức năng, sống độc lập và hòa nhập cộng đồng.
Chủ trương Đảng	Chỉ thị 39-CT/TW ngày 01/11/2019 của Ban Bí thư	Tăng cường lãnh đạo, xã hội không rào cản, huy động hệ thống chính trị, phát huy vai trò NKT.
Chủ trương mới	Thông báo kết luận 444-TB/VPTW ngày 05/12/2025	Tiếp tục hoàn thiện chính sách, dữ liệu liên thông, bảo đảm quyền và nâng chất lượng dịch vụ cho NKT.
Luật chuyên ngành	Luật Người khuyết tật 51/2010/QH12, đặc biệt Điều 21-25	Quyền chăm sóc sức khỏe; nhiệm vụ trạm y tế; khám chữa bệnh; cơ sở PHCN; PHCNDVCĐ.
Luật KBCB	Luật Khám bệnh, chữa bệnh 15/2023/QH15, Điều 68 và Điều 104	Nguyên tắc PHCN; hoạt động PHCN; cấp ban đầu quản lý bệnh tật và PHCN tại cộng đồng.
Luật liên quan	Luật BHYT và Luật sửa đổi 2024; Luật Trẻ em 2016; Luật Người cao tuổi 2009	Tiếp cận BHYT; bảo vệ trẻ em khuyết tật; chăm sóc NKT cao tuổi.
Nghị định	Nghị định 28/2012/NĐ-CP; Nghị định 20/2021/NĐ-CP và văn bản sửa đổi; Nghị định 188/2025/NĐ-CP	Dạng, mức độ khuyết tật; trợ giúp xã hội; hướng dẫn BHYT.
Chương trình quốc gia	Quyết định 1190/QĐ-TTg ngày 05/8/2020	Chương trình trợ giúp NKT 2021-2030, trong đó có y tế, PHCN, tiếp cận và hòa nhập.
Phát triển PHCN	Quyết định 569/QĐ-TTg ngày 24/5/2023	Phát triển hệ thống PHCN 2023-2030, tầm nhìn 2050; dịch vụ liên tục, toàn diện, công bằng.
Bộ Y tế	Quyết định 1768/QĐ-BYT ngày 27/5/2025; tài liệu PHCNDVCĐ của Bộ Y tế	Kế hoạch triển khai QĐ 569; căn cứ tổ chức, đào tạo, giám sát và hướng dẫn chuyên môn.

Nhóm	Văn bản/nguồn	Giá trị áp dụng cho bài giảng
Tỉnh Gia Lai	Kế hoạch 145/KH-UBND ngày 14/4/2026	Phát triển hệ thống PHCN giai đoạn 2026-2030 trên địa bàn tỉnh sau sắp xếp hành chính.
Tỉnh Gia Lai	Quyết định 1027/QĐ-UBND năm 2026	Kế hoạch trợ giúp xã hội và PHCN cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng.
Kế thừa địa phương	Kế hoạch 1707/KH-UBND năm 2020; các kế hoạch của Bình Định/Gia Lai trước hợp nhất	Tham khảo quá trình thực hiện; khi áp dụng phải ưu tiên văn bản của tỉnh Gia Lai mới và còn hiệu lực.

3. Phân biệt tính chất văn bản

Loại	Có phải VBQPPL?	Cách sử dụng
Luật, nghị định, thông tư	Có	Căn cứ xác định quyền, nghĩa vụ, trách nhiệm và quy trình bắt buộc.
Chỉ thị của Đảng	Không phải VBQPPL	Định hướng lãnh đạo, tổ chức thực hiện trong hệ thống chính trị.
Quyết định phê duyệt chương trình/kế hoạch	Thường là văn bản cá biệt/chỉ đạo điều hành	Xác định mục tiêu, nhiệm vụ, chỉ tiêu, cơ quan thực hiện và nguồn lực.
Hướng dẫn chuyên môn	Không đồng nhất với VBQPPL	Chuẩn hóa kỹ thuật; áp dụng phù hợp phạm vi chuyên môn và điều kiện được phép.

PHẦN II. QUYỀN CỦA NGƯỜI KHUYẾT TẬT VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA HỆ THỐNG

1. Quyền liên quan trực tiếp đến sức khỏe

– Được chăm sóc sức khỏe, khám bệnh, chữa bệnh và sử dụng dịch vụ y tế phù hợp.

– Được hưởng chính sách BHYT theo quy định; được cung cấp thông tin theo hình thức có thể tiếp cận.

– Được ưu tiên khám, chữa bệnh đối với nhóm luật định: NKT đặc biệt nặng, NKT nặng, trẻ em khuyết tật, người cao tuổi khuyết tật, phụ nữ khuyết tật có thai.

– Được phát hiện sớm, can thiệp sớm, chỉnh hình và phục hồi chức năng phù hợp.

– Được hỗ trợ PHCNDVCĐ, dụng cụ trợ giúp và điều chỉnh môi trường phù hợp nhu cầu.

– Được tôn trọng bí mật thông tin, quyền quyết định và đồng thuận; được bảo vệ khỏi bạo lực, bỏ mặc, lạm dụng và phân biệt đối xử.

2. Trách nhiệm theo chủ thể

Chủ thể	Trách nhiệm tối thiểu	Bằng chứng cần có
Trạm y tế xã/phường	Truyền thông, hướng dẫn tự chăm sóc và PHCN; lập hồ sơ theo dõi, quản lý sức khỏe; khám chữa bệnh trong phạm vi; sàng lọc, chuyển tuyến, theo dõi sau chuyển tuyến.	Danh sách NKT; hồ sơ sức khỏe; phiếu đánh giá; kế hoạch cá nhân; sổ chuyển tuyến/phản hồi; báo cáo.
TTYT/cơ sở KBCB	Đánh giá, chẩn đoán, xác định nhu cầu PHCN; can thiệp; tư vấn; chuyển giao kỹ thuật; hỗ trợ chuyên môn cho tuyến xã.	Phiếu lượng giá; kế hoạch PHCN; tóm tắt ra viện; hướng dẫn tại nhà; lịch tái khám; giám sát tuyến dưới.
Cơ sở PHCN chuyên sâu	Can thiệp đa chuyên ngành, dụng cụ trợ giúp, đào tạo và hướng dẫn PHCNDVCĐ.	Hồ sơ chuyên môn, đơn dụng cụ, kế hoạch chuyển tiếp, phản hồi kết quả.
UBND xã/phường	Tổ chức chương trình PHCNDVCĐ; điều phối liên ngành; bảo đảm nguồn lực, tiếp cận và giám sát.	Kế hoạch năm; phân công; kinh phí; danh sách liên ngành; biên bản giám sát.
Gia đình/người chăm sóc	Tạo điều kiện khám chữa bệnh và PHCN; thực hiện kế hoạch đã được hướng dẫn; theo dõi dấu hiệu bất thường.	Nhật ký chăm sóc; thực hành đúng; báo cáo khó khăn và biến cố.
Người khuyết tật	Tham gia xác định mục tiêu, lựa chọn giải pháp, tự chăm sóc và phản hồi kết quả theo khả năng.	Mục tiêu do NKT đồng thuận; mức độ tham gia; phản hồi hài lòng.
Đoàn thể/cộng đồng	Giảm rào cản, hỗ trợ tiếp cận, giáo dục, sinh kế, tham gia xã hội; phát hiện	Kế hoạch hỗ trợ cụ thể, đầu mối, kết quả hòa nhập.

Chủ thể	Trách nhiệm tối thiểu	Bằng chứng cần có
	nguy cơ bỏ mặc/bạo lực.	

3. Ba khái niệm dễ nhầm

Khái niệm	Mục đích	Người/cơ quan thực hiện	Không được hiểu nhầm
Xác định mức độ khuyết tật	Công nhận dạng tật, mức độ để thực hiện chính sách	Hội đồng xác định mức độ khuyết tật cấp xã hoặc Hội đồng giám định y khoa trong trường hợp luật định	Không thay thế chẩn đoán bệnh hay lượng giá PHCN.
Khám/chẩn đoán y khoa	Xác định bệnh, tình trạng sức khỏe và chỉ định điều trị	Người hành nghề/cơ sở KBCB đúng phạm vi	Không tự động phản ánh khả năng hoạt động và tham gia.
Đánh giá chức năng và nhu cầu PHCN	Xác định khó khăn hoạt động, tham gia, yếu tố môi trường, mục tiêu và can thiệp	Nhân viên PHCN/đội đa chuyên ngành; tuyến xã sàng lọc và theo dõi	Không chỉ dựa vào tên bệnh hoặc tỷ lệ tổn thương cơ thể.

PHẦN III. QUY TRÌNH 8 BƯỚC QUẢN LÝ SỨC KHỎE NGƯỜI KHUYẾT TẬT TẠI CỘNG ĐỒNG

Bước 1. Rà soát và nhận diện

Phối hợp danh sách hành chính, giấy xác nhận khuyết tật, dữ liệu trạm y tế, cộng tác viên, trường học và thôn/tổ dân phố. Chủ động tìm người có khó khăn chức năng chưa được đánh giá; không chờ đối tượng tự đến.

Sản phẩm bắt buộc: Danh sách nền có mã định danh, địa chỉ, đầu mối liên hệ và trạng thái xác minh.

Bước 2. Tiếp cận và đồng thuận

Giải thích mục đích quản lý; hỏi cách giao tiếp phù hợp; xin đồng thuận; bảo đảm riêng tư; ưu tiên phỏng vấn trực tiếp NKT, chỉ dùng người hỗ trợ khi cần.

Sản phẩm bắt buộc: Ghi nhận đồng thuận, nhu cầu hỗ trợ giao tiếp và người đại diện hợp pháp nếu có.

Bước 3. Đánh giá ban đầu toàn diện

Đánh giá bệnh nền, thuốc, dinh dưỡng, sức khỏe tâm thần, đau, nguy cơ loét/té ngã, chức năng vận động-giao tiếp-tự chăm sóc, khả năng tham gia, môi trường và người chăm sóc.

Sản phẩm bắt buộc: Phiếu đánh giá ban đầu; danh sách vấn đề và mức ưu tiên.

Bước 4. Phân tầng nguy cơ và nhu cầu

Nhóm A ổn định/tự quản; nhóm B cần theo dõi chủ động hoặc can thiệp định kỳ; nhóm C phức tạp/nguy cơ cao cần quản lý ca và hội chẩn; cấp cứu chuyển ngay.

Sản phẩm bắt buộc: Mức nguy cơ, căn cứ phân loại, lịch theo dõi.

Bước 5. Lập kế hoạch cá nhân

Thống nhất 1-3 mục tiêu có ý nghĩa với NKT; chọn can thiệp y tế, PHCN, dụng cụ, điều chỉnh môi trường và hỗ trợ xã hội; phân công ai làm gì, khi nào.

Sản phẩm bắt buộc: Kế hoạch chăm sóc – Phục hồi chức năng cá nhân có chữ ký/xác nhận đồng thuận.

Bước 6. Thực hiện, hướng dẫn và chuyển tuyến

Thực hiện trong phạm vi; hướng dẫn NKT/gia đình tập an toàn; chuyển tuyến kèm thông tin cần thiết; kết nối chính sách và dịch vụ liên ngành.

Sản phẩm bắt buộc: Phiếu hướng dẫn tại nhà; phiếu chuyển; xác nhận kết nối dịch vụ.

Bước 7. Theo dõi và đánh giá kết quả

Theo dõi chủ động theo nguy cơ; kiểm tra tuân thủ, biến cố, chức năng và mục tiêu; điều chỉnh kế hoạch. Sau xuất viện cần tiếp nhận lại tại cộng đồng.

Sản phẩm bắt buộc: Nhật ký theo dõi; điểm chức năng; kết quả mục tiêu; lý do điều chỉnh.

Bước 8. Đóng/chuyển tiếp ca và báo cáo

Đóng ca khi đạt mục tiêu hoặc chuyển sang tự quản; không "xóa hồ sơ". Ca chuyển nơi ở/chuyển tuyến phải có bàn giao. Tổng hợp chỉ số nhưng bảo mật thông tin cá nhân.

Sản phẩm bắt buộc: Tóm tắt kết quả, kế hoạch duy trì, đầu mối tiếp nhận, báo cáo định kỳ.

Bộ dữ liệu tối thiểu trong hồ sơ quản lý

Nhóm dữ liệu	Trường thông tin tối thiểu
Định danh	Họ tên, ngày sinh, giới, mã định danh, địa chỉ, điện thoại, người hỗ trợ/đại diện.
Khuyết tật	Dạng và mức độ theo giấy xác nhận (nếu có); ngày cấp; khó khăn chức năng thực tế.
Sức khỏe	Chẩn đoán, bệnh nền, dị ứng, thuốc đang dùng, BHYT, nơi điều trị, lần nhập viện gần nhất.
Chức năng	Di chuyển, tự chăm sóc, giao tiếp, nhận thức, nuốt, học tập/lao động, tham gia xã hội.
Nguy cơ	Loét tỳ đè, té ngã, suy dinh dưỡng, sặc, co giật, hành vi tự sát/gây hại, bạo lực/bỏ mặc, quá tải người chăm sóc.
Môi trường	Nhà ở, nhà vệ sinh, đường đi, phương tiện, dụng cụ trợ giúp, rào cản thái độ và giao tiếp.
Kế hoạch	Vấn đề ưu tiên, mục tiêu, can thiệp, người thực hiện, hạn hoàn thành, lịch theo dõi.
Kết quả	Mức đạt mục tiêu, biến cố, chuyển tuyến, phản hồi tuyến trên, mức hài lòng và kế hoạch tiếp theo.

PHẦN IV. ĐÁNH GIÁ NHU CẦU VÀ LẬP KẾ HOẠCH CÁ NHÂN

1. Khung đánh giá theo hoạt động chức năng

Miền đánh giá	Câu hỏi gợi mở	Ví dụ công cụ phù hợp*
Cấu trúc/chức năng cơ thể	Có đau, yếu, co cứng, biến dạng, rối loạn nghe nhìn, nuốt, giao tiếp, nhận thức?	Đau NRS; sức cơ; tầm vận động; sàng lọc nuốt; khám chuyên khoa.
Hoạt động	Người đó có tự ngồi, đứng, đi lại, ăn uống, vệ sinh, mặc quần áo, giao tiếp được không?	Barthel; WHODAS 2.0; công cụ theo bệnh/lứa tuổi.
Tham gia	Có đi học, làm việc, chăm sóc gia đình, tham gia cộng đồng và ra quyết định không?	Phỏng vấn mục tiêu; thang tham gia phù hợp.
Môi trường	Nhà cửa, thái độ, giao thông, thông tin, dịch vụ và chính sách đang hỗ trợ hay cản trở?	Quan sát nhà ở; checklist tiếp cận; bản đồ dịch vụ.
Yếu tố cá nhân	Tuổi, ưu tiên, niềm tin, động lực, kinh tế, văn hóa, khả năng tự quản?	Phỏng vấn lấy NKT làm trung tâm.

* Chỉ sử dụng công cụ đã được đào tạo, phù hợp đối tượng; tuyến xã không tự suy diễn kết quả thành chẩn đoán chuyên khoa.

2. Viết mục tiêu SMART có ý nghĩa

Ví dụ chưa đạt: "Tập đi tốt hơn." Không rõ mức độ, điều kiện, thời hạn và tiêu chí đo.

Ví dụ đạt: "Trong 6 tuần, ông A tự đi từ giường đến nhà vệ sinh 10 m bằng khung tập đi, có giám sát của vợ, không té ngã, thực hiện được ít nhất 5/7 ngày mỗi tuần."

Thành phần	**Câu hỏi kiểm tra**
Cụ thể	Người bệnh sẽ làm hoạt động nào, trong bối cảnh nào?
Đo được	Dùng khoảng cách, thời gian, mức trợ giúp, tần suất hoặc điểm chức năng nào?
Khả thi	Có phù hợp sức khỏe, môi trường, nguồn lực và ưu tiên của NKT?
Liên quan	Mục tiêu có giúp độc lập/tham gia và được NKT lựa chọn?
Có thời hạn	Ngày đánh giá lại là khi nào?

3. Mẫu kế hoạch quản lý cá nhân

Vấn đề ưu tiên	Mục tiêu	Can thiệp/hoạt động	Người phụ trách	Thời hạn	Chỉ số kết quả
...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...

4. Nguyên tắc hướng dẫn tập tại nhà

– Một bài tập phải có: mục tiêu, tư thế ban đầu, cách thực hiện, số lần/thời lượng, tần suất, dấu hiệu phải dừng và ngày đánh giá lại.

– Yêu cầu người học làm lại để kiểm tra hiểu đúng (teach-back), không chỉ hỏi "đã hiểu chưa?".

– Không giao bài tập vượt phạm vi chuyên môn hoặc chưa được đánh giá; không để gia đình kéo, nắn, ép vận động gây đau/chấn thương.

– Kiểm tra môi trường: mặt sàn, ánh sáng, giày dép, tay vịn, chiều cao giường/ghế, nhà vệ sinh, nguy cơ trẻ nhỏ/người sa sút trí tuệ đi lạc.

– Ghi nhận người chăm sóc có đủ sức khỏe và thời gian; kế hoạch không được dựa trên giả định gia đình luôn sẵn sàng.

PHẦN V. PHÂN TẦNG, CHUYỂN TUYẾN VÀ AN TOÀN

1. Dấu hiệu cần cấp cứu/chuyển khẩn

Nhóm	Dấu hiệu cảnh báo
Thần kinh	Yếu liệt mới xuất hiện, méo miệng/nói khó đột ngột, rối loạn ý thức, co giật kéo dài/tái diễn, đau đầu dữ dội mới.
Hô hấp-tuần hoàn	Khó thở, tím tái, đau ngực, SpO_2 thấp theo ngưỡng chuyên môn, choáng/ngất, huyết áp bất thường kèm triệu chứng.
Nuốt-dinh dưỡng	Sặc nhiều, ho khi ăn/uống, giọng ướt sau nuốt, sốt/khó thở nghi viêm phổi hít, mất nước/suy kiệt.
Da-cơ xương	Loét tỳ đè sâu/nhiễm trùng, chi sưng nóng đỏ đau, chấn thương sau té ngã, đau tăng nhanh hoặc biến dạng.
Tâm thần-an toàn	Ý tưởng/hành vi tự sát, kích động gây nguy hiểm, bạo lực/xâm hại/bỏ mặc, người chăm sóc không thể bảo đảm an toàn.
Trẻ em	Mất kỹ năng đã có, bỏ bú, co giật, khó thở, giảm ý thức; chậm phát triển hoặc dấu hiệu nghi ngờ cần đánh giá sớm theo tuyến.

Quy tắc an toàn: Cấp cứu trước, hoàn thiện giấy tờ sau. Không để quy trình hành chính hoặc tình trạng chưa có giấy xác nhận khuyết tật làm chậm xử trí y tế cần thiết.

2. Thông tin tối thiểu khi chuyển tuyến

– Lý do chuyển và câu hỏi chuyên môn cần tuyến trên giải quyết.

– Tình trạng hiện tại, dấu hiệu sinh tồn, mức chức năng trước và sau biến cố.

– Bệnh nền, thuốc, dị ứng, thiết bị/dụng cụ đang sử dụng.

– Can thiệp đã làm và đáp ứng; nguy cơ trong vận chuyển, nhu cầu hỗ trợ giao tiếp.

– Thông tin người liên hệ; đề nghị tuyến trên phản hồi kế hoạch điều trị và hướng dẫn theo dõi tại cộng đồng.

3. Quản lý thuốc và bệnh không lây nhiễm

Người khuyết tật có nguy cơ bị bỏ sót quản lý bệnh thông thường nếu nhân viên y tế chỉ tập trung vào khuyết tật. Mỗi lần tiếp xúc cần rà soát tiêm chủng, huyết áp, đái tháo đường, dinh dưỡng, sức khỏe răng miệng, sức khỏe sinh sản, sức khỏe tâm thần và các chương trình dự phòng phù hợp tuổi/giới/nguy cơ.

– Đối chiếu tất cả thuốc, kể cả thuốc nam, thực phẩm bảo vệ sức khỏe; phát hiện trùng lặp và tương tác.

– Đánh giá khả năng đọc nhãn, mở hộp, nhớ giờ uống; dùng nhãn hình, hộp chia liều hoặc người hỗ trợ khi phù hợp.

– Không tự ý ngừng thuốc chống co giật, thuốc tâm thần, chống đông hoặc thuốc mạn tính.

– Theo dõi tác dụng không mong muốn ảnh hưởng chức năng: buồn ngủ, hạ huyết áp tư thế, té ngã, táo bón, rối loạn nuốt.

PHẦN VI. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG

1. PHCNDVCĐ không chỉ là “tập tại nhà”

PHCNDVCĐ là chiến lược phát triển cộng đồng nhằm cải thiện chức năng, bình đẳng cơ hội và hòa nhập. Can thiệp y tế/PHCN chỉ là một cấu phần; kết quả bền vững đòi hỏi phối hợp sức khỏe, giáo dục, sinh kế, xã hội và trao quyền.

Cấu phần	Câu hỏi quản lý	Ví dụ hoạt động
Sức khỏe	NKT có được dự phòng, điều trị, PHCN và dụng cụ trợ giúp liên tục?	Khám định kỳ, tập luyện, dụng cụ, chăm sóc tại nhà, chuyển tuyến.
Giáo dục	Trẻ/người lớn có cơ hội học tập phù hợp và tiếp cận?	Can thiệp sớm, giáo dục hòa nhập, hỗ trợ giao tiếp.
Sinh kế	Có cơ hội học nghề, làm việc, thu nhập và bảo trợ?	Đánh giá khả năng lao động, kết nối đào tạo/tín dụng/việc làm.
Xã hội	Có tham gia gia đình, văn hóa, thể thao, đời sống cộng đồng?	Nhóm đồng đẳng, hoạt động hòa nhập, phòng chống bạo lực.
Trao quyền	NKT có tiếng nói và tham gia quyết định?	Tự quản, hội NKT, tham vấn kế hoạch, phản hồi dịch vụ.

2. Tổ chức mạng lưới tại Gia Lai

Kế hoạch 145/KH-UBND ngày 14/4/2026 là căn cứ địa phương trọng tâm để phát triển hệ thống PHCN giai đoạn 2026-2030. Tuyến tỉnh giữ vai trò chỉ đạo, đào tạo, chuyên môn sâu và giám sát; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khu vực/TTYT là tầng hỗ trợ kỹ thuật, nhận chuyển tuyến; trạm y tế xã/phường là đầu mối lập hồ sơ, quản lý liên tục và điều phối tại cộng đồng.

Định hướng chỉ tiêu: Khi giao chỉ tiêu hàng năm, sử dụng đúng phụ lục/kế hoạch của tỉnh và văn bản triển khai của Sở Y tế. Không tự chuyển mục tiêu cấp tỉnh thành chỉ tiêu bắt buộc cho từng xã nếu chưa có phân bổ chính thức.

3. Cơ chế phối hợp quản lý ca

Tình huống	Đầu mối chính	Đơn vị phối hợp	Điểm kiểm soát
Sau đột quỵ về nhà	Trạm y tế/nhân viên quản lý ca	BV/TTYT, PHCN, gia đình, CTXH	Tóm tắt ra viện, thuốc, nuốt, di chuyển, loét, tái khám.
Trẻ chậm phát triển/nghi tự kỷ	Y tế + gia đình	Nhi/PHCN, giáo dục, bảo trợ xã hội	Can thiệp sớm, đánh giá đa ngành, không gắn nhãn vội.
NKT tâm thần ổn định tại cộng đồng	Trạm y tế	Chuyên khoa tâm thần, chính quyền, gia đình	Tuân thủ thuốc, nguy cơ tự sát/bạo lực, phục hồi xã hội.
NKT đặc biệt nặng sống một mình	UBND xã + quản lý ca	Y tế, bảo trợ xã hội, đoàn thể	An toàn, chăm sóc thiết yếu, trợ cấp, người hỗ trợ, phương án khẩn cấp.
Cần dụng cụ trợ giúp	Cơ sở PHCN/đầu mối y tế	Đơn vị cung cấp, tài trợ, gia đình	Đánh giá - kê/chọn - chỉnh - hướng dẫn - theo dõi; không cấp đại trà sai cỡ.

PHẦN VII. GIÁM SÁT, CHỈ SỐ VÀ CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG

1. Bộ chỉ số quản lý tối thiểu đề xuất

Chỉ số	Tử số/Mẫu số hoặc cách tính	Tần suất
Bao phủ lập hồ sơ	Số NKT có hồ sơ cập nhật trong 12 tháng / tổng NKT đã xác minh trên địa bàn.	Quý/năm
Đánh giá nhu cầu	Số NKT được sàng lọc nhu cầu PHCN /	Quý

Chỉ số	Tử số/Mẫu số hoặc cách tính	Tần suất
PHCN	số NKT có hồ sơ cập nhật.	
Kế hoạch cá nhân	Số ca nguy cơ B/C có kế hoạch cá nhân còn hiệu lực / tổng ca B/C.	Tháng/quý
Theo dõi đúng hẹn	Số ca được theo dõi đúng thời hạn / số ca đến hạn.	Tháng
Chuyển tuyến có phản hồi	Số lượt chuyển có thông tin phản hồi / tổng lượt chuyển PHCN.	Quý
Đạt mục tiêu chức năng	Số mục tiêu đạt/đạt một phần đúng thời hạn / tổng mục tiêu đến hạn.	Quý
Biến cố an toàn	Số té ngã, loét mới, sặc/viêm phổi hít, sai thuốc hoặc sự cố nghiêm trọng.	Báo ngay + quý
Tiếp cận và hài lòng	Tỷ lệ NKT phản hồi dịch vụ dễ tiếp cận và tôn trọng.	6 tháng/năm

Nguyên tắc dữ liệu: Không chạy theo số lượng hồ sơ. Hồ sơ chỉ có giá trị khi dẫn đến đánh giá, kế hoạch, can thiệp và kết quả. Không báo cáo trùng một người qua nhiều danh sách.

2. Chu trình họp quản lý ca hàng tháng

– Chọn ca nguy cơ cao, ca không đạt mục tiêu hoặc ca có sự cố.

– Trình bày ngắn: tình trạng - mục tiêu - việc đã làm - vướng mắc - quyết định cần xin ý kiến.

– Chốt tối đa 3 hành động, người chịu trách nhiệm và hạn hoàn thành.

– Kiểm tra lại quyết định của cuộc họp trước; không kết thúc bằng “tiếp tục theo dõi” nếu chưa rõ theo dõi gì, khi nào, ai làm.

3. Các lỗi thường gặp và cách sửa

Lỗi	Hậu quả	Cách sửa
Chỉ lập danh sách theo giấy xác nhận	Bỏ sót nhu cầu thực tế và người chưa được xác định mức độ	Rà soát chủ động, đánh giá chức năng và nhu cầu.
Một kế hoạch giống nhau cho mọi NKT	Không phù hợp mục tiêu cá nhân	Tối đa 1-3 mục tiêu có ý nghĩa, đo được.
Cấp dụng cụ không đánh giá/chỉnh phù hợp	Đau, té ngã, không sử dụng	Quy trình đánh giá - lựa chọn - chỉnh - huấn luyện -

Lỗi	Hậu quả	Cách sửa
		theo dõi.
Chuyển tuyến nhưng không theo dõi	Đứt gãy chăm sóc	Sổ chuyển tuyến, đầu mối nhận phản hồi, lịch liên hệ lại.
Gia đình tập thay hoàn toàn cho NKT	Tăng phụ thuộc, quá tải người chăm sóc	Khuyến khích NKT tham gia tối đa theo khả năng.
Thiếu bảo mật, dùng lời lẽ kỳ thị	Xâm phạm quyền, giảm hợp tác	Giao tiếp tôn trọng, thông tin cần biết, lưu trữ an toàn.
Chỉ đo số buổi tập	Không biết thay đổi chức năng	Đo kết quả hoạt động, tham gia, biến cố và hài lòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

– Hiến pháp năm 2013 - nguyên tắc an sinh xã hội, bình đẳng và chính sách đối với người khuyết tật.

– Công ước của Liên hợp quốc về quyền của người khuyết tật (CRPD); Nghị quyết 84/2014/QH13 về phê chuẩn Công ước.

– Chỉ thị 39-CT/TW ngày 01/11/2019 của Ban Bí thư về tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác người khuyết tật.

– Thông báo kết luận 444-TB/VPTW ngày 05/12/2025 về tình hình thực hiện chủ trương, chính sách đối với người khuyết tật.

– Luật Người khuyết tật số 51/2010/QH12, trọng tâm Điều 21, 22, 23, 24, 25.

– Nghị định 28/2012/NĐ-CP quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Người khuyết tật.

– Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15, trọng tâm khoản 18 Điều 2, Điều 68 và Điều 104.

– Luật Bảo hiểm y tế và Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT; Nghị định 188/2025/NĐ-CP.

– Luật Trẻ em số 102/2016/QH13; Luật Người cao tuổi số 39/2009/QH12.

– Nghị định 20/2021/NĐ-CP về chính sách trợ giúp xã hội và các văn bản sửa đổi, bổ sung còn hiệu lực.

– Thông tư 01/2019/TT-BLĐTBXH về xác định mức độ khuyết tật do Hội đồng xác định mức độ khuyết tật thực hiện và văn bản sửa đổi, bổ sung.

– Quyết định 753/QĐ-TTg ngày 03/6/2020 về kế hoạch thực hiện Chỉ thị 39-CT/TW.

– Quyết định 1190/QĐ-TTg ngày 05/8/2020 phê duyệt Chương trình trợ giúp người khuyết tật giai đoạn 2021-2030.

– Quyết định 569/QĐ-TTg ngày 24/5/2023 phê duyệt Chương trình phát triển hệ thống PHCN giai đoạn 2023-2030, tầm nhìn 2050.

– Quyết định 1768/QĐ-BYT ngày 27/5/2025 phê duyệt Kế hoạch của Bộ Y tế triển khai Quyết định 569/QĐ-TTg.

– Các tài liệu hướng dẫn phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng do Bộ Y tế ban hành; sử dụng như tài liệu chuyên môn theo phạm vi áp dụng.

– Kế hoạch 145/KH-UBND ngày 14/4/2026 của UBND tỉnh Gia Lai về phát triển hệ thống PHCN giai đoạn 2026-2030.

– Quyết định 1027/QĐ-UBND năm 2026 của UBND tỉnh Gia Lai về trợ giúp xã hội và PHCN cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng.

– Kế hoạch 1707/KH-UBND năm 2020 của UBND tỉnh Gia Lai thực hiện Chỉ thị 39-CT/TW (dùng để tham khảo quá trình triển khai; đối chiếu văn bản mới sau sắp xếp tỉnh).

– Cơ sở dữ liệu quốc gia về văn bản pháp luật: https://vbpl.vn

– Cổng Thông tin điện tử Chính phủ: https://vanban.chinhphu.vn

– Cổng Thông tin điện tử Bộ Y tế: https://moh.gov.vn

– Cổng Thông tin điện tử tỉnh Gia Lai: https://gialai.gov.vn

– Tư liệu - Văn kiện Đảng: https://tulieuvankien.dangcongsan.vn

CÂU HỎI ÔN TẬP

Câu 1. Nội dung nào phản ánh đúng nhất mục tiêu quản lý sức khỏe người khuyết tật tại cộng đồng?

A. Chỉ thống kê số người có giấy xác nhận khuyết tật

B. Theo dõi sức khỏe, chức năng, nhu cầu hỗ trợ và kết nối dịch vụ phù hợp

C. Chỉ tổ chức khám bệnh khi có đợt cấp

D. Thay thế hoàn toàn việc quản lý tại cơ sở chuyên khoa

Câu 2. Khi tiếp cận người khuyết tật, bước phù hợp trước khi thu thập thông tin là:

A. Giải thích mục đích, lựa chọn cách giao tiếp phù hợp và xin đồng thuận

B. Yêu cầu người nhà trả lời thay

C. Chuyển ngay đến tuyến trên

D. Chỉ kiểm tra giấy xác nhận khuyết tật

Câu 3. Đánh giá ban đầu toàn diện cần bao gồm nội dung nào?

A. Chỉ chẩn đoán bệnh

B. Chỉ khả năng vận động

C. Sức khỏe, chức năng, hoạt động, môi trường và người chăm sóc

D. Chỉ điều kiện kinh tế

Câu 4. Mục tiêu nào phù hợp nguyên tắc SMART?

A. Tập đi tốt hơn

B. Cải thiện vận động sớm

C. Trong 6 tuần, tự đi 10 m bằng khung tập đi, có giám sát và không té ngã

D. Tăng sức khỏe toàn diện

Câu 5. Trường hợp nào cần chuyển cấp cứu?

A. Đau khớp gối mạn tính ổn định

B. Yếu liệt mới xuất hiện kèm nói khó

C. Cần điều chỉnh chiều cao ghế

D. Khó cài cúc áo kéo dài

Câu 6. Khi lập kế hoạch quản lý cá nhân, yếu tố nào cần được xác định rõ?

A. Mục tiêu, hoạt động, người phụ trách, thời hạn và chỉ số kết quả

B. Chỉ số buổi tập dự kiến

C. Tên bệnh và danh sách thuốc

D. Ý kiến của nhân viên y tế mà không cần trao đổi với người khuyết tật

Câu 7. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng được hiểu phù hợp nhất là:

A. Chỉ tập vận động tại nhà

B. Một chiến lược phối hợp sức khỏe, giáo dục, sinh kế, xã hội và trao quyền

C. Chỉ cung cấp dụng cụ trợ giúp

D. Chỉ quản lý người khuyết tật vận động

Câu 8. Khi hướng dẫn chương trình tại nhà, cách kiểm tra người học đã hiểu là:

A. Hỏi có hiểu hay không

B. Yêu cầu nhắc lại hoặc thực hiện lại nội dung được hướng dẫn

C. Chỉ phát tài liệu

D. Để người chăm sóc tự lựa chọn bài tập

Câu 9. Thông tin nào cần có khi chuyển tuyến?

A. Lý do chuyển, tình trạng hiện tại, bệnh nền, thuốc và can thiệp đã thực hiện

B. Chỉ họ tên và địa chỉ

C. Chỉ giấy xác nhận khuyết tật

D. Chỉ kết quả xét nghiệm gần nhất

Câu 10. Chỉ số nào phản ánh kết quả quản lý tốt hơn?

A. Số hồ sơ được lập

B. Số tờ rơi đã phát

C. Tỷ lệ mục tiêu chức năng đạt đúng hạn

D. Số cuộc họp đã tổ chức

TỔNG QUAN VỀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THEO NHÓM ĐA NGÀNH

BSCKI. Võ Ngọc Phải

Mục tiêu học tập

- Giải thích được bản chất, phạm vi và nguyên tắc của phục hồi chức năng.
- Phân biệt được cách làm đa chuyên ngành, liên chuyên ngành và xuyên chuyên ngành.
- Mô tả được vai trò, ranh giới trách nhiệm của các thành viên trong nhóm.
- Tổ chức được lượng giá, xác định vấn đề, đặt mục tiêu và lập kế hoạch chung.
- Thực hiện được họp nhóm, ghi chép, đánh giá kết quả và chuyển tiếp người bệnh.
- Vận dụng kiến thức để giải quyết một tình huống lâm sàng theo nhóm.

Bối cảnh của bài học

Người bệnh cần phục hồi chức năng thường có nhiều vấn đề đồng thời: bệnh lý đang điều trị, suy giảm vận động, khó khăn giao tiếp, hạn chế tự chăm sóc, rối loạn cảm xúc, rào cản gia đình và môi trường. Không một chuyên ngành nào có thể giải quyết trọn vẹn các nhu cầu đó. Nhóm đa ngành giúp các thành viên nhìn cùng một người bệnh, thống nhất mục tiêu và phối hợp can thiệp theo một kế hoạch chung.

Điểm cốt lõi của bài học là chuyển từ cách làm theo từng kỹ thuật riêng lẻ sang cách làm hướng đến kết quả chức năng có ý nghĩa đối với người bệnh. Nhóm chỉ thực sự phối hợp khi cùng sử dụng một danh sách vấn đề, một bộ mục tiêu và cơ chế theo dõi thống nhất.

- Bác sĩ chú ý chẩn đoán, ổn định y khoa và biến chứng.
- Điều dưỡng chú ý chăm sóc liên tục, an toàn và khả năng thực hiện trong sinh hoạt.
- Kỹ thuật viên chú ý vận động, hoạt động, giao tiếp và mức trợ giúp.
- Người bệnh chú ý việc trở về nhà, tự chủ và vai trò trong gia đình.
- Gia đình chú ý khả năng chăm sóc, chi phí và thời gian.

I. Nền tảng phục hồi chức năng

1.1. Khái niệm phục hồi chức năng

Phục hồi chức năng là tập hợp các can thiệp nhằm tối ưu hóa hoạt động chức năng và giảm tình trạng khuyết tật của người có tình trạng sức khỏe trong mối tương tác với môi trường. Nội dung này rộng hơn việc tập vận động. Nó bao gồm

can thiệp y học, điều dưỡng, vận động, hoạt động hằng ngày, giao tiếp, nuốt, tâm lý, công nghệ trợ giúp, hỗ trợ xã hội và điều chỉnh môi trường.

Kết quả cuối cùng cần hướng tới là người bệnh làm được gì trong đời sống, với mức trợ giúp nào, trong môi trường nào và có thể duy trì ra sao. Tăng sức cơ hoặc tăng tầm vận động chỉ có ý nghĩa khi góp phần cải thiện hoạt động, tham gia hoặc phòng biến chứng.

Phục hồi chức năng là dịch vụ y tế thiết yếu

- Cần thiết sau bệnh cấp tính, chấn thương và phẫu thuật.
- Cần thiết với bệnh mạn tính, lão hóa và khuyết tật.
- Có thể bắt đầu tại hồi sức, khoa cấp tính, khoa PHCN, ngoại trú hoặc cộng đồng.
- Diễn ra song song với điều trị bệnh, không chờ người bệnh "khỏi hẳn".
- Cần được tích hợp trong toàn bộ chuỗi chăm sóc.

Chuỗi chăm sóc

Giai đoạn	Trọng tâm	Sản phẩm chuyển tiếp
Cấp tính	Ổn định y khoa, phòng biến chứng, bắt đầu vận động và giao tiếp	Thông tin nguy cơ, mức chức năng ban đầu, chỉ định tiếp tục PHCN
Phục hồi tích cực	Lượng giá chuyên sâu, can thiệp có mục tiêu, tăng độc lập	Mức đạt mục tiêu, kỹ năng đã học, nhu cầu còn lại
Ngoại trú	Tiếp tục phục hồi, điều chỉnh dụng cụ và vai trò	Kế hoạch tự tập, theo dõi và tái lượng giá
Cộng đồng	Duy trì chức năng, tham gia xã hội, phòng suy giảm thứ phát	Mạng lưới hỗ trợ, đầu mối liên hệ và dấu hiệu cần chuyển tuyến

1.2. Mô hình ICF trong phục hồi chức năng

ICF giúp nhóm mô tả chức năng bằng một ngôn ngữ chung. Nhóm không chỉ hỏi người bệnh bị bệnh gì, mà còn hỏi cấu trúc và chức năng cơ thể bị ảnh hưởng ra sao, người bệnh khó thực hiện hoạt động nào, vai trò xã hội nào bị hạn chế, môi trường đang hỗ trợ hay cản trở và yếu tố cá nhân nào ảnh hưởng đến kế hoạch.

Thành tố	Câu hỏi lượng giá	Ví dụ
Tình trạng sức khỏe	Bệnh hoặc chấn thương nào đang ảnh hưởng?	Đột quỵ, gãy xương, COPD, bại não
Cơ thể	Suy giảm nào cần xử lý?	Yếu, đau, co cứng, nuốt

Thành tố	Câu hỏi lượng giá	Ví dụ
		khó
Hoạt động	Người bệnh chưa làm được việc gì?	Ngồi, chuyển, đi, ăn, mặc quần áo
Tham gia	Vai trò nào bị gián đoạn?	Đi học, làm việc, chăm sóc gia đình
Môi trường	Rào cản và hỗ trợ là gì?	Bậc thềm, nhà vệ sinh, người chăm sóc, dụng cụ
Yếu tố cá nhân	Điều gì ảnh hưởng lựa chọn và thích nghi?	Tuổi, nhận thức, ưu tiên, niềm tin, khả năng tài chính

1.3. Bốn tầng mục tiêu

Tầng	Ví dụ mục tiêu	Ý nghĩa phối hợp
Cơ thể	Giảm đau, tăng sức cơ, kiểm soát co cứng	Giải quyết cơ chế gây hạn chế
Hoạt động	Tự ngồi, chuyển giường, ăn uống an toàn	Kết quả trực tiếp trong sinh hoạt
Tham gia	Trở lại học tập, công việc hoặc vai trò gia đình	Định hướng chung cho toàn nhóm
Môi trường	Có đường dốc, dụng cụ và hỗ trợ phù hợp	Giúp kết quả chức năng được duy trì

1.4. Nguyên tắc và khung pháp lý của phục hồi chức năng

Nguyên tắc thực hành

- Phát hiện nhu cầu và can thiệp sớm.
- Lượng giá trong suốt quá trình điều trị.
- Can thiệp liên tục, toàn diện và điều chỉnh theo tiến triển.
- Phối hợp giữa chuyên khoa và giữa các cấp chăm sóc.
- Người bệnh và gia đình tham gia quyết định.
- Thực hiện PHCN dựa vào cộng đồng khi phù hợp.
- Bảo đảm an toàn, tôn trọng quyền và phẩm giá của người bệnh.

Căn cứ định hướng chính

Văn bản hoặc định hướng	Nội dung liên quan bài học
Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15	Quy định nguyên tắc, hoạt động PHCN, phát hiện nhu cầu, can thiệp liên tục và phối hợp.
Luật Người khuyết tật số 51/2010/QH12	Quy định PHCN, cơ sở PHCN, PHCN dựa vào cộng đồng và quyền tiếp cận của người khuyết tật.
Quyết định 569/QĐ-TTg ngày 24/5/2023	Định hướng phát triển hệ thống PHCN giai đoạn 2023 đến 2030, tầm nhìn 2050.
WHO Rehabilitation 2030	Khuyến khích tích hợp PHCN vào hệ thống y tế và phát triển lực lượng PHCN đa chuyên ngành.
Kế hoạch triển khai của địa phương	Cụ thể hóa mạng lưới, đào tạo, PHCN dựa vào cộng đồng và phối hợp chuyển tuyến.

II. Cấu trúc và vai trò nhóm đa ngành

2.1. Vì sao cần nhóm đa ngành

- Nhu cầu y khoa, chức năng, giao tiếp, tâm lý và xã hội liên quan chặt chẽ.
- Can thiệp của thành viên này có thể hỗ trợ hoặc cản trở can thiệp của thành viên khác.
- Kế hoạch chung làm giảm trùng lặp, bỏ sót và thông điệp mâu thuẫn.
- Người bệnh nhận được một hướng dẫn nhất quán.
- Nhóm có thể chuẩn bị ra viện và chuyển tiếp sớm hơn.

2.2. Ba mô hình làm việc

Mô hình	Đặc điểm	Điểm mạnh và nguy cơ
Đa chuyên ngành	Mỗi chuyên ngành lượng giá và lập kế hoạch riêng; thông tin được chia sẻ.	Dễ tổ chức nhưng mục tiêu có thể rời rạc, phụ thuộc người điều phối.
Liên chuyên ngành	Nhóm cùng thống nhất vấn đề, mục tiêu, kế hoạch và điều chỉnh.	Phối hợp thực chất, cần họp nhóm và hồ sơ chung.
Xuyên chuyên ngành	Một số nhiệm vụ có thể được chuyển giao sau đào tạo và giám sát.	Hữu ích khi nguồn lực hạn chế nhưng phải giữ phạm vi chuyên môn và an toàn.

Trong thực tế Việt Nam, thuật ngữ "nhóm đa ngành" thường được sử dụng rộng để chỉ nhóm có nhiều chuyên ngành. Mục tiêu vận hành nên hướng tới cách làm liên chuyên ngành: có mục tiêu chung, quyết định chung và trách nhiệm rõ. Chuyển giao nhiệm vụ không có nghĩa là một thành viên được làm kỹ thuật ngoài phạm vi hành nghề.

Người bệnh và gia đình ở trung tâm

- Người bệnh nêu điều có ý nghĩa trong đời sống.
- Nhóm giải thích lựa chọn, lợi ích, nguy cơ và giới hạn.
- Mục tiêu được thống nhất với người bệnh.
- Gia đình tham gia theo khả năng, không bị mặc định phải gánh toàn bộ chăm sóc.
- Nhóm xác nhận mức hiểu, sự đồng thuận và năng lực thực hiện.

2.3. Thành phần và vai trò của nhóm

Nhóm cốt lõi

Thành viên	Trách nhiệm trọng tâm	Thông tin cần chia sẻ
Bác sĩ PHCN	Đánh giá y khoa; chẩn đoán chức năng; chỉ định, chống chỉ định; xử trí đau, co cứng và biến chứng; điều phối chuyên môn.	Ổn định y khoa, giới hạn chịu lực, nguy cơ, mục tiêu và kế hoạch chuyển tiếp.
Điều dưỡng	Chăm sóc liên tục; phòng loét, té ngã, sặc; củng cố tư thế, di chuyển và tự chăm sóc trong sinh hoạt.	Khả năng thực hiện ngoài giờ trị liệu, biến cố, mức hiểu của gia đình.
Vật lý trị liệu	Đánh giá vận động; huấn luyện lăn trở, ngồi, đứng, đi; tăng thể lực; đề xuất phương tiện di chuyển.	Mức trợ giúp, dung nạp, nguy cơ té ngã, tiến triển di chuyển.
Hoạt động trị liệu	Đánh giá và huấn luyện tự chăm sóc; sử dụng tay; nhận thức trong hoạt động; điều chỉnh nhà và công việc.	Khả năng làm việc thực tế, dụng cụ, rào cản môi trường.
Ngôn ngữ trị liệu	Đánh giá giao tiếp, lời nói, ngôn ngữ, nhận thức giao tiếp và nuốt trong phạm vi chuyên môn.	Cách giao tiếp thống nhất, khuyến cáo ăn uống an toàn và nhu cầu hỗ trợ.

Nhóm mở rộng

Thành viên	Vai trò

Thành viên	Vai trò
Tâm lý lâm sàng hoặc tâm thần kinh	Đánh giá nhận thức, cảm xúc, hành vi, thích nghi và nguy cơ tự sát.
Công tác xã hội	Kết nối chính sách, nguồn lực, gia đình, giáo dục, sinh kế và hòa nhập cộng đồng.
Dinh dưỡng	Xác định nhu cầu dinh dưỡng, đường ăn, nguy cơ suy dinh dưỡng và theo dõi đáp ứng.
Dược lâm sàng	Rà soát thuốc, tương tác và tác dụng ảnh hưởng tỉnh táo, huyết áp, thăng bằng và tham gia trị liệu.
Chỉnh hình và dụng cụ	Đánh giá, lựa chọn, chỉnh, huấn luyện và theo dõi dụng cụ trợ giúp.
Giáo dục đặc biệt hoặc tư vấn nghề	Hỗ trợ trở lại học tập, nghề nghiệp và điều chỉnh nhiệm vụ.

2.4. Ranh giới trách nhiệm

Điều phối không đồng nghĩa với quyết định thay tất cả thành viên. Mỗi chuyên ngành chịu trách nhiệm đối với đánh giá và can thiệp thuộc phạm vi chuyên môn. Mỗi mục tiêu cần một người phụ trách chính, nhưng nhiều thành viên có thể phối hợp thực hiện. Khi chưa có đủ chức danh, đơn vị phải mô tả rõ ai thực hiện chức năng nào, giới hạn ra sao và cơ chế hội chẩn hoặc hỗ trợ tuyến trên.

Vai trò trong một mục tiêu	Câu hỏi xác định
Chủ trì	Ai chịu trách nhiệm chính và báo cáo mức đạt mục tiêu?
Thực hiện	Ai trực tiếp thực hiện hoạt động hoặc can thiệp?
Phối hợp	Ai cung cấp thông tin, hỗ trợ hoặc củng cố kỹ năng?
Phê duyệt chuyên môn	Ai quyết định nội dung thuộc thẩm quyền chuyên môn?
Theo dõi	Ai đo kết quả, phát hiện biến cố và báo cáo lại?

III. Quy trình làm việc của nhóm đa ngành

Quy trình tám bước

Bước	Hoạt động	Sản phẩm
1	Tiếp nhận và xác định nhu cầu	Phiếu sàng lọc, chuyên ngành cần tham gia
2	Lượng giá chung và chuyên	Đường cơ sở về chức năng và nguy cơ

Bước	Hoạt động	Sản phẩm
	ngành	
3	Lập danh sách vấn đề ưu tiên	Danh sách có dữ liệu chứng minh
4	Thống nhất mục tiêu với người bệnh	Mục tiêu chung có thời hạn
5	Lập kế hoạch và phân công	Ai làm, làm gì, khi nào và đo bằng gì
6	Can thiệp phối hợp	Lịch phù hợp, hướng dẫn thống nhất
7	Đánh giá kết quả và điều chỉnh	So sánh đường cơ sở, quyết định tiếp tục hoặc đổi kế hoạch
8	Chuyển tiếp hoặc kết thúc đợt	Bàn giao mục tiêu còn lại và đầu mối hỗ trợ

Bước một Tiếp nhận và sàng lọc

- Lý do chuyển và kỳ vọng của người bệnh.
- Tình trạng y khoa và dấu hiệu không ổn định.
- Khả năng giao tiếp và nhu cầu hỗ trợ.
- Nguy cơ té ngã, sặc, loét, tự sát và các nguy cơ đặc thù.
- Bối cảnh sống, người chăm sóc và rào cản môi trường.
- Chuyên ngành cần tham gia ngay.

Sàng lọc nhằm ưu tiên và phân luồng, không thay thế lượng giá chuyên sâu. Dấu hiệu mất ổn định phải được xử lý trước khi tăng cường can thiệp.

Bước hai Lượng giá chung và chuyên ngành

Lượng giá chung	Lượng giá chuyên ngành
Vai trò trước bệnh; diễn biến bệnh; thuốc; mức chức năng trước đây và hiện tại; mục tiêu, lo ngại; môi trường; nguy cơ.	Đo lường trong phạm vi chuyên môn; xác định cơ chế; dự báo; đề xuất can thiệp và liên hệ với mục tiêu chung.

Một thành viên có thể thu thập dữ liệu chung để tránh hỏi lặp. Báo cáo chuyên ngành nên kết thúc bằng ý nghĩa chức năng, thông tin cần thành viên khác và đề xuất phối hợp.

Bước ba Danh sách vấn đề ưu tiên

- Phân nhóm vấn đề y khoa, chức năng, tâm lý và môi trường.
- Ưu tiên vấn đề đe dọa an toàn.
- Chọn vấn đề ảnh hưởng lớn đến mục tiêu người bệnh.

- Phân biệt nguyên nhân và hậu quả.
- Giới hạn số vấn đề ưu tiên trong từng giai đoạn.
- Ghi dữ liệu chứng minh.

Ví dụ, "không đi được" là hậu quả. Nguyên nhân có thể gồm yếu, đau, hạ huyết áp tư thế, sợ ngã, nhà có bậc và thiếu dụng cụ. Nếu nhóm chỉ ghi hậu quả, kế hoạch dễ thiếu trọng tâm.

Bước bốn Mục tiêu chung

- Cụ thể về hoạt động người bệnh sẽ thực hiện.
- Đo được bằng khoảng cách, thời gian, mức trợ giúp, tần suất hoặc chất lượng.
- Khả thi trong thời gian và nguồn lực.
- Có ý nghĩa đối với người bệnh.
- Có mốc đánh giá lại.
- Được các thành viên cùng sử dụng.

Ví dụ mục tiêu sau đột quỵ

Sau 4 tuần, ông H tự chuyển từ giường sang xe lăn bằng bàn chuyển, cần giám sát bằng lời, không té ngã, thực hiện được tại phòng bệnh và tại nhà.

Thành viên	Đóng góp vào cùng mục tiêu
Bác sĩ	Kiểm soát huyết áp, đau và khả năng tham gia.
Điều dưỡng	Củng cố kỹ năng chuyển trong sinh hoạt hằng ngày.
Vật lý trị liệu	Huấn luyện kiểm soát thân mình, thăng bằng và kỹ thuật chuyển.
Hoạt động trị liệu	Điều chỉnh giường, xe lăn, bàn chuyển và bối cảnh nhà.
Gia đình	Học cách giám sát bằng lời, không kéo hoặc nâng sai kỹ thuật.

Bước năm Lập kế hoạch và phân công

Trường cần ghi	Yêu cầu
Vấn đề ưu tiên	Mô tả ngắn, có dữ liệu chứng minh.
Mục tiêu	Hoạt động, mức trợ giúp, thời hạn và bối cảnh.
Can thiệp	Gắn trực tiếp với mục tiêu, không chỉ liệt kê kỹ thuật.
Người phụ trách	Một đầu mối chính và các thành viên phối hợp.
Lịch và tải lượng	Tránh xung đột lịch và quá tải người bệnh.

Trường cần ghi	Yêu cầu
Chỉ số	Có đường cơ sở, công cụ và ngày đánh giá lại.

Bước sáu Can thiệp phối hợp

- Sắp xếp thời điểm để tránh mệt và xung đột lịch.
- Thống nhất cách hỗ trợ di chuyển, giao tiếp, ăn uống và phòng nguy cơ.
- Dùng cùng thuật ngữ về mức trợ giúp.
- Phân biệt hoạt động trị liệu có giám sát với hoạt động tự tập.
- Theo dõi tổng tải lượng trong cả ngày.
- Cập nhật thay đổi ảnh hưởng an toàn ngay cho nhóm.

IV. Họp nhóm và hồ sơ chung

Họp nhóm đa ngành hiệu quả

- Có lịch cố định và danh sách ca ưu tiên.
- Người chủ trì giữ cuộc họp theo mục tiêu.
- Mỗi thành viên báo cáo ngắn về thay đổi, trở ngại và đề xuất.
- Người bệnh hoặc đại diện tham gia khi phù hợp.
- Chốt quyết định, người phụ trách và thời hạn.
- Ghi biên bản trong hồ sơ chung.

Cấu trúc trình bày một ca

Nội dung	Câu hỏi
Tình trạng	Điều gì thay đổi từ lần họp trước?
Mục tiêu	Mức đạt hiện tại là bao nhiêu?
Trở ngại	Vấn đề y khoa, chức năng, tâm lý hay môi trường?
Đề xuất	Nhóm cần quyết định điều gì hôm nay?
Hành động	Ai làm, khi nào và đo bằng gì?

Ca thường quy có thể trình bày trong 5 đến 10 phút. Ca phức tạp cần thời gian dài hơn. Tránh kể lại toàn bộ bệnh sử. Cuộc họp chỉ có giá trị khi tạo ra quyết định và hành động có thời hạn.

Hồ sơ chung

- Một danh sách vấn đề và mục tiêu dùng chung.
- Mỗi thành viên ghi kết quả liên quan mục tiêu.
- Ghi rõ dữ liệu quan sát, nhận định và quyết định.

- Dùng thuật ngữ dễ hiểu và thống nhất mức trợ giúp.
- Bảo mật thông tin và phân quyền truy cập.
- Trong bệnh án điện tử, mục tiêu chung phải ở vị trí dễ tìm.

Xử lý bất đồng

- Xác định bất đồng thuộc dữ liệu, mục tiêu hay phương án.
- Lấy an toàn và ưu tiên của người bệnh làm tiêu chí.
- Trình bày bằng chứng và quan sát, không dựa vào vị trí quyền lực.
- Làm rõ phạm vi chuyên môn và trách nhiệm pháp lý.
- Có thể thử phương án trong thời hạn xác định khi chưa đủ dữ liệu.
- Báo cáo cấp có thẩm quyền nếu nguy cơ chưa được giải quyết.

V. Đo kết quả và điều chỉnh kế hoạch

Các mức kết quả cần theo dõi

Mức	Ví dụ	Câu hỏi diễn giải
Cơ thể	Sức cơ, đau, tầm vận động, co cứng	Cơ chế gây hạn chế đã thay đổi chưa?
Hoạt động	Barthel hoặc FIM, Berg hoặc PASS, FAC, FOIS	Người bệnh làm được gì và cần trợ giúp bao nhiêu?
Tham gia	Trở lại học, làm việc, vai trò gia đình	Kết quả có chuyển thành tham gia đời sống không?
An toàn	Té ngã, sặc, loét, biến cố gắng sức	Can thiệp có gây nguy cơ hoặc biến cố không?
Trải nghiệm	Mức đạt mục tiêu do người bệnh lựa chọn	Kết quả có ý nghĩa với người bệnh không?

Nhóm dùng cùng công cụ ở các thời điểm so sánh. Công cụ phải phù hợp nhóm bệnh và người sử dụng phải được hướng dẫn. Không nên chọn quá nhiều thang điểm nếu dữ liệu không phục vụ quyết định.

Đánh giá lại

- Đánh giá đúng mốc ghi trong mục tiêu.
- So sánh với đường cơ sở.
- Tìm nguyên nhân khi tiến triển chậm.
- Điều chỉnh mục tiêu nếu tình trạng hoặc ưu tiên thay đổi.
- Dừng can thiệp không còn lợi ích.
- Ghi quyết định và trao đổi với người bệnh.

Không đạt mục tiêu không đồng nghĩa người bệnh thiếu hợp tác. Nhóm cần xem lại mức độ phù hợp của mục tiêu, tải lượng, biến chứng, đau, nhận thức, trầm cảm, môi trường và nguồn lực.

Kế hoạch ra viện và chuyển tiếp

- Bắt đầu chuẩn bị từ sớm.
- Xác định nơi ở, người hỗ trợ và rào cản nhà ở.
- Thực hành kỹ năng trong bối cảnh gần thực tế.
- Chuẩn bị thuốc, dụng cụ, lịch tái khám và tự tập.
- Bàn giao mục tiêu còn lại cho tuyến tiếp nhận.
- Ghi dấu hiệu cần liên hệ và đầu mối hỗ trợ.

Những nguy cơ thường gặp trong phối hợp

Dấu hiệu	Hậu quả	Cách xử lý
Mỗi ngành có mục tiêu riêng	Can thiệp rời rạc, khó đánh giá kết quả	Quay lại mục tiêu hoạt động và tham gia chung.
Hướng dẫn mâu thuẫn	Người bệnh mất niềm tin hoặc thực hiện sai	Thống nhất hướng dẫn và ghi vào hồ sơ chung.
Không có người phụ trách	Nhiệm vụ bị bỏ sót	Chỉ định một đầu mối cho mỗi mục tiêu.
Họp nhưng không quyết định	Tốn thời gian, kế hoạch không thay đổi	Chốt hành động, thời hạn và chỉ số.
Người bệnh không hiểu kế hoạch	Giảm tuân thủ và chuẩn bị ra viện kém	Dùng ngôn ngữ đơn giản, yêu cầu nhắc lại.
Tổng tải lượng quá cao	Mệt, đau, giảm chất lượng thực hiện	Điều phối lịch và theo dõi đáp ứng toàn ngày.
Chuyển tiếp muộn	Ra viện không an toàn, gián đoạn PHCN	Chuẩn bị từ đầu và bàn giao mục tiêu còn lại.

Sáu thông điệp trọng tâm

- Phục hồi chức năng hướng đến hoạt động và tham gia.
- Nhóm đa ngành cần một mục tiêu chung.
- Người bệnh và gia đình tham gia quyết định.
- Mỗi mục tiêu có một đầu mối chịu trách nhiệm.
- Họp nhóm phải tạo ra hành động có thời hạn.
- Kết quả cần được đo bằng chức năng, an toàn và chất lượng sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quốc hội. Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15, đặc biệt Điều 68 về phục hồi chức năng.
- Quốc hội. Luật Người khuyết tật số 51/2010/QH12.
- Thủ tướng Chính phủ. Quyết định số 569/QĐ-TTg ngày 24 tháng 5 năm 2023 phê duyệt Chương trình phát triển hệ thống phục hồi chức năng giai đoạn 2023 đến 2030, tầm nhìn đến năm 2050.
- World Health Organization. Rehabilitation fact sheet.
- World Health Organization. Rehabilitation 2030 initiative.
- World Health Organization. Rehabilitation in health systems guide for action.
- World Health Organization. Rehabilitation workforce publications.

CÂU HỎI ÔN TẬP

Câu 1. Mục tiêu trọng tâm của phục hồi chức năng là:

A. Chỉ cải thiện sức cơ

B. Tối ưu hoạt động, sự tham gia, an toàn và chất lượng sống

C. Chỉ điều trị tổn thương cấu trúc

D. Thay thế điều trị y khoa

Câu 2. Trong mô hình ICF, khả năng tự mặc quần áo thuộc thành phần:

A. Chức năng và cấu trúc cơ thể

B. Hoạt động

C. Yếu tố môi trường

D. Tình trạng sức khỏe

Câu 3. Đặc điểm của làm việc liên chuyên ngành là:

A. Mỗi chuyên ngành làm kế hoạch riêng và không trao đổi

B. Nhóm có mục tiêu chung, trao đổi thường xuyên và phối hợp can thiệp

C. Một chuyên ngành thực hiện toàn bộ can thiệp

D. Người chăm sóc tự điều phối các chuyên ngành

Câu 4. Ai cần được đặt ở trung tâm của quá trình xác định mục tiêu phục hồi chức năng?

A. Người bệnh và gia đình

B. Người phụ trách hành chính

C. Một chuyên ngành duy nhất

D. Đơn vị cung cấp dụng cụ

Câu 5. Bác sĩ phục hồi chức năng có vai trò chính nào?

A. Chỉ hướng dẫn bài tập tại nhà

B. Đánh giá y khoa, chẩn đoán chức năng, chỉ định và điều phối kế hoạch PHCN

C. Chỉ ghi chép hồ sơ

D. Chỉ tư vấn dinh dưỡng

Câu 6. Vật lý trị liệu tập trung chủ yếu vào:

A. Vận động, thăng bằng, di chuyển, sức mạnh và sức bền

B. Quản lý thuốc

C. Hỗ trợ tài chính

D. Chẩn đoán hình ảnh

Câu 7. Hoạt động trị liệu ưu tiên nội dung nào?

A. Tối ưu hoạt động sinh hoạt, học tập, lao động và thích nghi môi trường

B. Điều trị thuốc chống co cứng

C. Đọc phim chẩn đoán

D. Xác định chế độ dinh dưỡng

Câu 8. Khi hai thành viên đưa ra hướng dẫn mâu thuẫn, nhóm nên:

A. Để người bệnh tự chọn

B. Thống nhất theo mục tiêu chung, an toàn và bằng chứng chuyên môn

C. Giữ nguyên cả hai hướng dẫn

D. Tạm dừng toàn bộ kế hoạch

Câu 9. Một cuộc họp nhóm hiệu quả cần kết thúc bằng:

A. Danh sách vấn đề không phân thứ tự

B. Quyết định, phân công, thời hạn và tiêu chí đánh giá lại

C. Nhận xét chung về người bệnh

D. Kế hoạch riêng của từng chuyên ngành

Câu 10. Kế hoạch chuyển tiếp phù hợp cần có:

A. Tình trạng hiện tại, mục tiêu, nguy cơ, nội dung tiếp tục và đầu mối liên hệ

B. Chỉ chẩn đoán ra viện

C. Chỉ đơn thuốc

D. Chỉ lịch tái khám

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU ĐỘT QUỴ VÀ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

ThS.BS. Lê Ngọc Bảo

MỤC TIÊU BÀI HỌC

– Nhận biết được các vấn đề chức năng và biến chứng thường gặp sau đột quỵ và chấn thương sọ não.

– Trình bày được mục tiêu và nguyên tắc phục hồi chức năng theo tình trạng và giai đoạn hồi phục.

– Mô tả được vai trò của vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu và các biện pháp hỗ trợ.

– Lựa chọn được nội dung hướng dẫn chăm sóc, vận động và điều chỉnh môi trường tại nhà qua tình huống học tập.

– Nhận biết được dấu hiệu cần ngừng tập, chuyển khám hoặc cấp cứu.

PHẦN A. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU ĐỘT QUỴ

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Đột quỵ là tình trạng tổn thương thần kinh cấp tính do nguyên nhân mạch máu, xảy ra khi dòng máu cung cấp cho một vùng não bị tắc nghẽn hoặc khi mạch máu não bị vỡ. Hậu quả là tế bào não thiếu oxy, bị tổn thương hoặc hoại tử, gây xuất hiện đột ngột các thiếu sót thần kinh như yếu liệt nửa người, rối loạn cảm giác, méo miệng, rối loạn ngôn ngữ, thị giác, thăng bằng hoặc ý thức. Các biểu hiện kéo dài trên 24 giờ hoặc dẫn đến tử vong được gọi là đột quỵ; trường hợp triệu chứng hồi phục hoàn toàn trong thời gian ngắn, không ghi nhận nhồi máu não cấp trên hình ảnh học, được xem xét theo hướng cơn thiếu máu não thoáng qua.

2. Phân loại

Theo cơ chế bệnh sinh, đột quỵ được chia thành hai nhóm chính: đột quỵ thiếu máu não và đột quỵ xuất huyết.

– Đột quỵ thiếu máu não, còn gọi là nhồi máu não, xảy ra khi động mạch não bị tắc do huyết khối hình thành tại chỗ, cục tắc từ tim hoặc mạch máu khác di chuyển đến, hoặc giảm tưới máu não. Đây là thể thường gặp nhất. Vị trí và kích thước vùng nhồi máu quyết định biểu hiện lâm sàng và mức độ suy giảm chức năng.

– Đột quỵ xuất huyết xảy ra khi mạch máu não bị vỡ, gồm xuất huyết trong não và xuất huyết dưới nhện. Xuất huyết trong não gây máu tụ trong nhu mô não; xuất huyết dưới nhện gây máu chảy vào khoang giữa não và màng nhện, thường

biểu hiện bằng đau đầu đột ngột dữ dội. Khối máu tụ, phù não và tăng áp lực nội sọ có thể làm tổn thương mô não và gây rối loạn ý thức.

Việc xác định thể đột quỵ dựa trên khám lâm sàng kết hợp chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não. Phân loại đúng có ý nghĩa quyết định đối với điều trị giai đoạn cấp; trong PHCN, kế hoạch can thiệp tiếp tục được cá thể hóa theo vị trí tổn thương, mức độ thiếu sót thần kinh, biến chứng, bệnh kèm và khả năng hoạt động của từng NB.

3. Hậu quả chức năng sau đột quỵ

Đột quỵ có thể gây tổn thương đồng thời vận động, cảm giác, nuốt, giao tiếp, nhận thức, cảm xúc và khả năng thực hiện hoạt động hằng ngày. Mức độ hạn chế không chỉ phụ thuộc vị trí và mức độ tổn thương não mà còn chịu ảnh hưởng bởi tuổi, bệnh kèm, biến chứng, chức năng trước đột quỵ, môi trường sống và sự hỗ trợ của gia đình. Vì vậy, PHCN cần tiếp cận toàn diện, lấy hoạt động có ý nghĩa đối với NB làm trung tâm và được điều chỉnh theo kết quả lượng giá.

4. Nguyên tắc phục hồi chức năng

– Bắt đầu khi tình trạng y khoa và thần kinh cho phép, duy trì liên tục qua các giai đoạn.

– Lựa chọn can thiệp dựa trên khiếm khuyết, hạn chế hoạt động, hạn chế tham gia và yếu tố môi trường.

– Đặt mục tiêu cụ thể, đo lường được, có ý nghĩa đối với NB; lượng giá lại để điều chỉnh chương trình.

– Ưu tiên tập theo nhiệm vụ, lặp lại có chủ đích, tăng dần mức độ khó và khuyến khích sử dụng bên liệt trong hoạt động.

– Phối hợp VLTL, HĐTL, NNTL, chăm sóc, dinh dưỡng, tâm lý và các chuyên khoa liên quan theo nhu cầu thực tế.

– Kết hợp phục hồi khả năng, chiến lược bù trừ, dụng cụ trợ giúp và điều chỉnh môi trường.

5. Các giai đoạn phục hồi

Giai đoạn	Thời gian định hướng	Trọng tâm
Cấp tính	Những ngày đầu đến khi tình trạng ổn định	An toàn, phòng biến chứng, sàng lọc vấn đề chức năng và vận động sớm phù hợp.
Bán cấp	Sau giai đoạn cấp đến khoảng 3-6 tháng	Can thiệp tích cực, tập theo nhiệm vụ, phục hồi vận động, tự chăm sóc, giao tiếp và nuốt.
Mạn tính	Sau khoảng 3-6 tháng và	Tiếp tục cải thiện hoặc duy trì chức

Giai đoạn	Thời gian định hướng	Trọng tâm
	lâu dài	năng, tăng tham gia, thích nghi môi trường và phòng suy giảm.

Các mốc thời gian có tính định hướng. Việc lựa chọn mục tiêu và can thiệp phải dựa trên tình trạng thực tế, tốc độ hồi phục và nhu cầu của từng NB.

II. CÁC VẤN ĐỀ THƯỜNG GẶP SAU ĐỘT QUỴ

1. Yếu liệt, giảm kiểm soát thân mình và hạn chế vận động

Yếu hoặc liệt nửa người làm NB khó lăn trở, ngồi dậy, giữ thăng bằng, đứng lên, chuyển giường-ghế và đi lại. Một số NB có sức cơ nhưng kiểm soát chọn lọc kém, xuất hiện vận động đồng khối hoặc bù trừ quá mức. Cần quan sát chất lượng vận động, mức trợ giúp, khả năng chịu trọng lượng bên liệt và sự tham gia của chi liệt trong nhiệm vụ. Can thiệp tập trung vào căn chỉnh tư thế, vận động chủ động tối đa, kiểm soát thân mình, chuyển trọng lượng và luyện tập các nhiệm vụ cần thiết; người hỗ trợ không kéo tay liệt hoặc làm thay hoàn toàn.

2. Rối loạn thăng bằng, dáng đi và nguy cơ té ngã

Rối loạn thăng bằng có thể xuất hiện ở tư thế ngồi, đứng hoặc khi thay đổi hướng. Yếu chi, giảm cảm giác, bỏ quên nửa bên, giảm thị trường, chóng mặt, suy giảm nhận thức và dùng thuốc đều có thể làm tăng nguy cơ té ngã. Lượng giá cần xem khả năng ngồi không đỡ, đứng lên, chuyển trọng lượng, quay người, bước qua vật cản và sử dụng dụng cụ. Tập thăng bằng theo mức độ, luyện phản ứng chỉnh thế, tăng sức mạnh chi dưới và tập đi trong điều kiện an toàn. Môi trường cần đủ sáng, đường đi thông thoáng, sàn không trơn và có tay vịn ở vị trí cần thiết.

3. Co cứng và co rút

Co cứng biểu hiện bằng tăng trương lực phụ thuộc tốc độ, thường rõ ở cơ gấp chi trên và cơ duỗi chi dưới. Co cứng có thể gây đau, hạn chế vệ sinh, khó mặc quần áo, cản trở đi lại và làm tăng nguy cơ co rút. Cần phân biệt co cứng động với co rút cố định bằng đánh giá tầm vận động chậm, tư thế khớp và khả năng điều chỉnh. Can thiệp gồm đặt tư thế, vận động khớp hằng ngày, kéo giãn chậm, tăng sử dụng chi trong hoạt động và nẹp khi có chỉ định. Chuyển chuyên khoa PHCN khi co cứng gây đau, giảm chức năng, khó chăm sóc hoặc cần xem xét thuốc, tiêm botulinum hay biện pháp chuyên sâu.

4. Đau vai, bán trật khớp vai và phù tay

Đau vai thường liên quan bán trật, giảm kiểm soát xương bả vai, co cứng, tổn thương mô mềm, hội chứng vai-bàn tay hoặc thao tác sai khi di chuyển. Cần kê đỡ tay liệt ở tư thế nằm và ngồi, hướng dẫn lăn trở và chuyển tư thế đúng, không kéo

NB bằng tay liệt. Khi vận động thụ động, kiểm soát xương bả vai và tránh nâng tay quá tầm gây đau. Phù tay được xử trí bằng tư thế nâng đỡ, vận động chủ động hoặc có trợ giúp, chăm sóc da và tăng sử dụng tay trong hoạt động phù hợp. Khám lại khi đau kéo dài, sưng nóng, chấn thương hoặc giảm tầm vận động rõ.

5. Rối loạn cảm giác, thất điều và bỏ quên nửa bên

Rối loạn cảm giác nông, cảm giác bản thể hoặc nhận biết vị trí khớp làm giảm an toàn khi đứng, đi và sử dụng tay. NB có thể không nhận biết tì đè, bỏng hoặc chấn thương. Thất điều gây sai tầm, run chủ ý và vận động thiếu chính xác. Bỏ quên nửa bên làm NB không chú ý người và đồ vật ở phía tổn thương, dễ va chạm và bỏ sót phần cơ thể khi vệ sinh. Cần kiểm tra cảm giác, hướng dẫn quan sát da, tránh nhiệt và vật sắc; tập vận động chậm có điểm tựa, phản hồi thị giác và luyện quét mắt-quay đầu về phía bị bỏ quên.

6. Rối loạn nuốt và dinh dưỡng

Dấu hiệu gợi ý gồm ho hoặc sặc khi ăn, giọng ướt sau nuốt, thức ăn đọng trong miệng, ăn kéo dài, sút cân, mất nước hoặc viêm phổi tái diễn. NB cần được sàng lọc nuốt trước khi ăn uống đường miệng. Can thiệp phụ thuộc kết quả lượng giá, có thể gồm điều chỉnh tư thế, kích thước miếng ăn, tốc độ ăn, độ đặc thức ăn và chất lỏng, chiến lược nuốt bù trừ và bài tập nuốt. NB phải tỉnh, ngồi thẳng, được giám sát khi cần và duy trì vệ sinh răng miệng. Khi nghi hít sặc hoặc dinh dưỡng không bảo đảm, cần đánh giá chuyên sâu và lựa chọn đường nuôi dưỡng phù hợp.

7. Rối loạn giao tiếp

Có thể gặp thất ngôn, nói khó hoặc mất thực dụng lời nói. Thất ngôn ảnh hưởng khả năng hiểu, nói, đọc hoặc viết; nói khó ảnh hưởng độ rõ lời nói; mất thực dụng lời nói làm NB khó lập chương trình vận động phát âm. Giao tiếp cần dùng câu ngắn, một yêu cầu mỗi lần, nói chậm và dành đủ thời gian trả lời. Có thể kết hợp cử chỉ, tranh ảnh, chữ viết hoặc bảng giao tiếp. Không mặc định NB nói khó là không hiểu; cần tạo cơ hội để NB lựa chọn, bày tỏ nhu cầu và tham gia quyết định.

8. Rối loạn nhận thức, hành vi và cảm xúc

Sau đột quỵ có thể giảm chú ý, trí nhớ, định hướng, chức năng điều hành, khả năng phán đoán hoặc nhận biết khiếm khuyết. Các biểu hiện này ảnh hưởng tuân thủ tập, an toàn và khả năng tự quản lý. Nên giảm yếu tố gây phân tán, hướng dẫn từng bước, lặp lại nhất quán, dùng lịch hoặc bảng nhắc và luyện nhận thức trong nhiệm vụ thực tế. Trầm cảm, lo âu, dễ xúc động và mất động lực cần được sàng lọc; tăng hoạt động có ý nghĩa, hỗ trợ tâm lý và chuyển khám khi triệu chứng kéo dài hoặc có ý tưởng tự sát.

9. Hạn chế hoạt động sinh hoạt và tham gia

NB có thể phụ thuộc khi ăn uống, mặc quần áo, tắm, vệ sinh cá nhân, đi vệ sinh, chuyển tư thế và di chuyển. Hạn chế này chịu ảnh hưởng đồng thời bởi vận động, cảm giác, nhận thức, giao tiếp và môi trường. Cần phân tích từng nhiệm vụ để xác định bước NB làm được, bước cần trợ giúp và yếu tố cản trở. Về lâu dài, các khó khăn có thể làm giảm vai trò trong gia đình, giải trí, lao động và giao tiếp xã hội; mục tiêu PHCN cần tiến dần từ hoạt động cơ bản đến tham gia phù hợp với mong muốn và khả năng của NB.

10. Các biến chứng và vấn đề liên quan

Vấn đề	Nhận biết	Hướng xử trí
Loét tỳ đè	Đỏ da kéo dài, phỏng nước hoặc tổn thương vùng tỳ.	Thay đổi tư thế, kiểm tra da, giữ da sạch khô, giảm áp lực và xử trí vết thương.
Đại tiểu tiện	Tiểu không tự chủ, bí tiểu, táo bón.	Tìm nguyên nhân có thể điều trị; lập lịch đi vệ sinh; điều chỉnh nước, chất xơ và vận động.
Mệt mỏi	Kiệt sức không tương xứng, giảm khả năng tham gia.	Xen kẽ hoạt động-nghỉ; đánh giá đau, thuốc, tâm trạng và giấc ngủ.
Rối loạn giấc ngủ	Khó ngủ, buồn ngủ ban ngày, ngáy hoặc ngưng thở.	Vệ sinh giấc ngủ; đánh giá yếu tố liên quan; chuyển khám khi nghi ngưng thở khi ngủ.
Huyết khối tĩnh mạch	Sưng, nóng, đau một chân; có thể kèm khó thở.	Ngừng tập và chuyển cấp cứu khi nghi huyết khối hoặc thuyên tắc phổi.
Loãng xương, gãy xương	Ít vận động, té ngã, đau sau chấn thương nhẹ.	Phòng té ngã, tập chịu trọng lượng phù hợp; khám khi nghi gãy xương.

III. LƯỢNG GIÁ CHỨC NĂNG VÀ LẬP KẾ HOẠCH CAN THIỆP

1. Lượng giá chức năng

Lượng giá nhằm xác định các vấn đề ưu tiên, khả năng còn lại, mức độ phụ thuộc, nguy cơ an toàn và nhu cầu của NB. Kết quả không chỉ ghi khiếm khuyết cơ thể mà phải chỉ ra NB thực hiện được hoạt động nào, cần bao nhiêu trợ giúp, gặp trở ngại gì trong môi trường và mong muốn đạt được điều gì. Người chăm sóc được tham gia cung cấp thông tin khi phù hợp, nhưng mục tiêu của NB vẫn cần được tôn trọng.

– Tình trạng y khoa, tri giác, dấu hiệu sinh tồn, khả năng chịu đựng hoạt động và thực hiện hướng dẫn.

– Vận động, trương lực cơ, cảm giác, phối hợp, đau, tầm vận động và tình trạng cơ xương khớp.

– Kiểm soát thân mình, lăn trở, ngồi, đứng, chuyển tư thế, đi lại, thăng bằng và nguy cơ té ngã.

– Khả năng sử dụng chi trên và mức độc lập trong hoạt động sinh hoạt hằng ngày.

– Nuốt, dinh dưỡng, giao tiếp, nhận thức, thị giác, cảm xúc, mệt mỏi và giấc ngủ.

– Vai trò gia đình-xã hội, điều kiện nhà ở, yêu cầu công việc, nguồn lực và khả năng hỗ trợ.

Mục đích	Công cụ gợi ý
Mức độ khuyết tật chung	Thang điểm Rankin sửa đổi.
Hoạt động sinh hoạt	Chỉ số Barthel hoặc FIM khi phù hợp.
Khả năng đi	Functional Ambulation Category.
Thăng bằng, nguy cơ té ngã	Berg Balance Scale hoặc Timed Up and Go khi phù hợp.
Co cứng	Thang Ashworth sửa đổi.
Nhận thức	MoCA hoặc công cụ phù hợp khi người đánh giá đã được đào tạo.
Trầm cảm	PHQ-2 hoặc PHQ-9.

Không cần sử dụng nhiều thang điểm trong cùng một lần. Nên chọn công cụ gắn với vấn đề ưu tiên, thực hiện nhất quán và kết hợp quan sát nhiệm vụ thực tế. Lượng giá lại được tiến hành khi đạt mục tiêu, chức năng thay đổi, xuất hiện vấn đề mới hoặc cần chuyển giai đoạn can thiệp.

2. Đặt mục tiêu SMART

Sau lượng giá, lựa chọn từ ba đến năm vấn đề ưu tiên và chuyển thành mục tiêu SMART. Mục tiêu phải cụ thể, đo lường được, có khả năng đạt được, liên quan trực tiếp nhu cầu của NB và xác định thời hạn. Mục tiêu nên mô tả một hoạt động cùng điều kiện thực hiện và mức trợ giúp, thay vì dùng các diễn đạt chung như “tăng vận động” hoặc “đi tốt hơn”.

Thành phần	Nội dung cần xác định	Ví dụ
S - Cụ thể	Hoạt động hoặc chức	Đứng lên từ ghế và đi

Thành phần	Nội dung cần xác định	Ví dụ
	năng cần đạt.	trong nhà.
M - Đo lường được	Quãng đường, thời gian, số lần hoặc mức trợ giúp.	Đi 20 m với gậy và giám sát.
A - Có thể đạt được	Phù hợp tình trạng hiện tại và nguồn lực.	Tăng từ trợ giúp vừa lên trợ giúp tối thiểu.
R - Có liên quan	Gắn với nhu cầu sinh hoạt của NB.	Đi từ giường đến nhà vệ sinh.
T - Có thời hạn	Mốc lượng giá lại rõ ràng.	Đạt trong 2 tuần.

Ví dụ mục tiêu đầy đủ: "Trong 2 tuần, NB tự đứng lên từ ghế có tay vịn và đi 20 m trong nhà bằng gậy với giám sát, không mất thăng bằng". Mục tiêu dài hạn được chia thành mục tiêu ngắn hạn; khi không đạt, cần xem lại nguyên nhân, cách can thiệp, liều tập, bệnh kèm và điều kiện môi trường.

3. Lập kế hoạch can thiệp

Kế hoạch can thiệp được xây dựng từ mục tiêu SMART, nêu rõ vấn đề ưu tiên, phương pháp, người thực hiện, tần suất, mức trợ giúp, biện pháp an toàn và thời điểm lượng giá lại. Mỗi chuyên ngành tập trung vào chức năng thuộc phạm vi của mình nhưng phải sử dụng mục tiêu chung và trao đổi tiến triển để tránh can thiệp rời rạc.

Nội dung kế hoạch	Yêu cầu
Vấn đề và mục tiêu	Xác định vấn đề ưu tiên và kết quả chức năng dự kiến.
Can thiệp	Ghi cụ thể VLTL, HĐTL, NNTL, chăm sóc, dinh dưỡng, tâm lý hoặc biện pháp khác.
Liều lượng	Tần suất, thời lượng, số lần lặp, mức gắng sức và thời gian nghỉ.
Phân công	Người thực hiện, nội dung NB tự tập và nội dung cần giám sát.
An toàn	Nguy cơ té ngã, sặc, đau, quá tải, tổn thương da và dấu hiệu phải ngừng tập.
Theo dõi	Chỉ số đo lại, thời điểm lượng giá và tiêu chí tăng hoặc giảm mức tập.

IV. PHCN TRONG GIAI ĐOẠN CẤP TÍNH

1. Mục tiêu

- Bảo đảm an toàn, duy trì ổn định toàn thân và thần kinh.
- Phòng biến chứng do bất động, bảo vệ da và hệ cơ xương khớp.
- Sàng lọc sớm nuốt, giao tiếp, nhận thức và nhu cầu hỗ trợ.
- Khôi phục từng bước khả năng kiểm soát tư thế và vận động cơ bản.

2. Nội dung can thiệp

Lĩnh vực	Nội dung chính
Tư thế và da	Kê đỡ chi liệt, thay đổi tư thế định kỳ, kiểm tra vùng tỳ và duy trì tầm vận động.
Vận động	Vận động thụ động hoặc chủ động có trợ giúp; tập lăn trở, ngồi dậy và chuyển tư thế khi an toàn.
Hô hấp	Tập thở, ho hữu hiệu và vệ sinh phế quản khi có ứ đọng đờm.
Nuốt-dinh dưỡng	Sàng lọc nuốt trước ăn uống; lựa chọn đường nuôi dưỡng và dạng thức ăn phù hợp.
Giao tiếp-nhận thức	Giao tiếp ngắn gọn; kiểm tra khả năng hiểu, biểu đạt, chú ý và định hướng.
Chi trên bên liệt	Kê đỡ vai-tay, bảo vệ khớp vai; không kéo NB bằng tay liệt.

Không thực hiện huy động liều cao trong vòng 24 giờ đầu. Khi tình trạng y khoa và thần kinh ổn định, tăng dần hoạt động và tập theo nhiệm vụ. Theo dõi tri giác, mạch, huyết áp, nhịp thở và SpO2 khi cần; ngừng tập nếu xuất hiện đau ngực, khó thở, choáng, tím tái, đau đầu dữ dội hoặc dấu hiệu thần kinh nặng lên.

V. PHCN TRONG GIAI ĐOẠN BÁN CẤP

1. Mục tiêu

- Tăng kiểm soát thân mình, thăng bằng và vận động chi.
- Phục hồi chuyển tư thế, đi lại và hoạt động sinh hoạt hằng ngày.
- Cải thiện chức năng chi trên, nuốt, giao tiếp và nhận thức.
- Phòng co rút, đau vai, té ngã, giảm thể lực và các biến chứng thứ phát.
- Chuẩn bị để NB trở về môi trường sống với mức độc lập cao nhất có thể.

2. Nội dung can thiệp

2.1. Vật lý trị liệu

VLTL giữ vai trò phục hồi kiểm soát vận động, tư thế, thăng bằng, di chuyển và thể lực. Chương trình bắt đầu từ kiểm soát đầu-thân mình, lăn trở, ngồi dậy,

thăng bằng ngồi và chuyển trọng lượng; tiến đến đứng lên, chuyển giường-ghế, thăng bằng đứng, bước và đi. Bài tập được tổ chức theo nhiệm vụ có ý nghĩa, lặp lại đủ số lần và giảm dần trợ giúp. Tập chịu trọng lượng bên liệt, tăng sức mạnh, sức bền và tính linh hoạt được phối hợp tùy khả năng.

Với chi trên, VLTL hỗ trợ căn chỉnh xương bả vai, duy trì tầm vận động, kích hoạt cơ và tạo điều kiện sử dụng tay trong nhiệm vụ. Không kéo tay liệt hoặc vận động vai vượt quá tầm kiểm soát. Khi tập đứng và đi, đánh giá kiểu bước, kiểm soát gối-cổ chân, khả năng chuyển trọng lượng, sức bền và nguy cơ té ngã; chỉ sử dụng nẹp hoặc dụng cụ đi lại sau khi đã lượng giá và tập đúng kỹ thuật.

2.2. Hoạt động trị liệu

HĐTL tập trung giúp NB thực hiện lại các hoạt động sinh hoạt và sử dụng chi trên trong tình huống thực tế. Can thiệp gồm luyện ăn uống, mặc-quần áo, vệ sinh cá nhân, đi vệ sinh, tắm, chuyển giường-ghế và các công việc đơn giản trong nhà. Mỗi hoạt động được phân tích thành các bước; NB được khuyến khích tự thực hiện phần có thể làm, sử dụng kỹ thuật bù trừ khi cần và tăng dần yêu cầu.

Đối với bàn tay và cánh tay bên liệt, HĐTL lựa chọn nhiệm vụ với, nắm, giữ, thả, phối hợp hai tay và thao tác vật thật. Khi có giảm cảm giác hoặc bỏ quên nửa bên, tăng phản hồi thị giác, sắp xếp đồ vật có chủ đích và luyện quét không gian. HĐTL cũng đánh giá nhu cầu điều chỉnh cách thực hiện hoạt động và chuẩn bị các kỹ năng cần thiết trước khi về nhà.

2.3. Ngôn ngữ trị liệu

NNTL đảm nhiệm đánh giá và can thiệp nuốt, giao tiếp và một số khía cạnh nhận thức-giao tiếp. Với rối loạn nuốt, can thiệp dựa trên cơ chế rối loạn và mức an toàn, gồm tư thế, chiến lược bù trừ, điều chỉnh độ đặc thức ăn-chất lỏng và bài tập chức năng nuốt. Hiệu quả được theo dõi qua mức an toàn, thời gian ăn, lượng ăn, tình trạng dinh dưỡng và dấu hiệu hô hấp.

Với thất ngôn, nói khó hoặc mất thực dụng lời nói, NNTL xây dựng bài tập hiểu, biểu đạt, phát âm và giao tiếp chức năng. Các phương tiện hỗ trợ giao tiếp như tranh, chữ, cử chỉ hoặc bảng giao tiếp được lựa chọn theo khả năng. Người nhà được hướng dẫn nói câu ngắn, cho đủ thời gian trả lời, xác nhận thông tin và tạo cơ hội để NB chủ động giao tiếp.

2.4. Phối hợp can thiệp nhận thức, tâm lý và chăm sóc

Khó khăn chú ý, trí nhớ, chức năng điều hành, bỏ quên nửa bên hoặc giảm nhận biết bệnh được lồng ghép vào các nhiệm vụ vận động và sinh hoạt. Cần giảm yếu tố gây phân tán, hướng dẫn từng bước, sử dụng lịch-bảng nhắc và luyện trong môi trường quen thuộc. Sàng lọc trầm cảm, lo âu, mệt mỏi và rối loạn giấc ngủ; điều chỉnh thời gian tập, tăng hoạt động có ý nghĩa và chuyển chuyên khoa khi cần.

3. Liều lượng và theo dõi

Ưu tiên các đợt tập có mục tiêu, lặp lại và phân bố trong ngày. Thời lượng, số lần lặp, mức gắng sức và độ khó được tăng dần theo khả năng dung nạp. Theo dõi đau, mệt, chất lượng vận động, mức trợ giúp, dấu hiệu sinh tồn khi cần và phản ứng sau buổi tập. Lượng giá lại định kỳ bằng cùng nhiệm vụ hoặc thang đo để quyết định tăng tiến, thay đổi chiến lược hoặc chuyển trọng tâm can thiệp.

VI. PHCN TRONG GIAI ĐOẠN MẠN TÍNH

1. Mục tiêu

- Tiếp tục cải thiện hoặc duy trì chức năng đã đạt được.
- Phòng suy giảm do ít vận động, co rút, đau và giảm thể lực.
- Tăng tính độc lập, tham gia gia đình-cộng đồng và thực hiện vai trò xã hội.
- Bù trừ hợp lý đối với chức năng khó hồi phục và giảm gánh nặng chăm sóc.
- Phát hiện vấn đề mới, mục tiêu mới và nhu cầu đánh giá chuyên sâu.

2. Nội dung can thiệp

2.1. Vật lý trị liệu

VLTL tiếp tục chương trình tăng sức mạnh, thăng bằng, sức bền, tính linh hoạt và khả năng đi trong môi trường thực tế. NB được luyện lên xuống bậc, thay đổi tốc độ-hướng đi, vượt chướng ngại, đi ngoài nhà và sử dụng phương tiện hỗ trợ khi phù hợp. Với NB ít đi lại, cần duy trì vận động khớp, phòng co rút, tập chuyển tư thế và chịu trọng lượng an toàn. Hoạt động thể lực được chia thành các đợt ngắn, tăng dần thời gian và mức gắng sức; giảm thời gian ngồi hoặc nằm kéo dài.

2.2. Hoạt động trị liệu

HĐTL hướng đến mức độc lập cao hơn trong hoạt động cá nhân, hoạt động trong gia đình và tham gia cộng đồng. Nội dung có thể gồm chuẩn bị bữa ăn đơn giản, quản lý đồ dùng, mua sắm, sử dụng điện thoại, quản lý lịch, hoạt động giải trí và nhiệm vụ nghề nghiệp phù hợp. Can thiệp chi trên tiếp tục bằng các nhiệm vụ hai tay, thao tác tinh và sử dụng tay liệt trong sinh hoạt. Khi khả năng phục hồi hạn chế, HĐTL ưu tiên kỹ thuật bù trừ, đơn giản hóa nhiệm vụ và bố trí môi trường để NB vẫn tham gia được.

2.3. Ngôn ngữ trị liệu

NNTL tiếp tục can thiệp giao tiếp trong các tình huống xã hội, qua điện thoại và trong sinh hoạt cộng đồng; điều chỉnh phương tiện giao tiếp hỗ trợ theo khả năng hiện tại. Với rối loạn nhận thức-giao tiếp, tập trung vào chú ý, trí nhớ chức năng, tổ chức thông tin, giải quyết vấn đề và sử dụng lịch, sổ hoặc thiết bị nhắc việc. Rối loạn nuốt cần được theo dõi lâu dài khi còn ho sặc, ăn kéo dài, sút cân hoặc viêm phổi; điều chỉnh chiến lược ăn uống khi tình trạng thay đổi.

2.4. Dụng cụ trợ giúp và điều chỉnh môi trường

Dụng cụ trợ giúp được lựa chọn dựa trên mục tiêu hoạt động, mức thăng bằng, sức mạnh, nhận thức và môi trường sử dụng. Có thể gồm gậy, khung tập đi, nẹp cổ chân-bàn chân, xe lăn, ghế tắm, tay vịn, dụng cụ mặc quần áo hoặc dụng cụ hỗ trợ ăn uống. Cần thử trong nhiệm vụ thực tế, chỉnh kích thước, hướng dẫn sử dụng và kiểm tra định kỳ da, độ bền, phanh, đệm ngồi và độ an toàn. Không duy trì dụng cụ không còn phù hợp hoặc làm tăng bù trừ bất lợi.

Dụng cụ	Chỉ định định hướng	Lưu ý
Gậy	Đi được nhưng thăng bằng hoặc chịu lực chưa tốt.	Điều chỉnh chiều cao; tập trình tự bước và quay người.
Khung tập đi	Cần diện trợ giúp rộng và ổn định hơn.	Chọn loại phù hợp; tập chuyển hướng và qua ngưỡng cửa.
Nẹp cổ chân-bàn chân	Bàn chân rũ hoặc kiểm soát cổ chân kém.	Đánh giá kiểu đi, da, giày dép và khả năng mang-tháo.
Xe lăn	Đi không an toàn, quãng đường dài hoặc sức bền hạn chế.	Chọn kích thước, đệm ngồi, phanh và kỹ năng di chuyển.
Dụng cụ sinh hoạt	Khó cầm nắm, mặc quần áo, tắm hoặc đi vệ sinh.	Chọn theo hoạt động cụ thể và tập sử dụng trong môi trường thực tế.

Điều chỉnh môi trường gồm loại bỏ vật cản, chống trượt, tăng chiếu sáng, lắp tay vịn, điều chỉnh chiều cao giường-ghế, tạo lối đi đủ rộng và bố trí vật dụng trong tầm với. Thay đổi phải dựa trên cách NB thực hiện hoạt động, tránh lắp đặt theo một mẫu chung mà không kiểm tra khả năng sử dụng.

2.5. Hỗ trợ người chăm sóc

Ở giai đoạn mạn tính, người chăm sóc cần được hướng dẫn cách trợ giúp vừa đủ, bảo đảm an toàn nhưng không làm thay toàn bộ. Nội dung gồm hỗ trợ chuyển tư thế, đi lại, tắm-vệ sinh, ăn uống, giao tiếp, thực hiện chương trình tập và theo dõi da, sặc, té ngã, đau hoặc thay đổi chức năng. Cần thống nhất nhiệm vụ NB có thể tự làm, nhiệm vụ cần giám sát và tình huống phải tìm trợ giúp y tế.

Gánh nặng chăm sóc cần được đánh giá. Khuyến khích phân chia nhiệm vụ giữa các thành viên, bố trí thời gian nghỉ, sử dụng dụng cụ và điều chỉnh môi trường để giảm sức nâng đỡ. Khi người chăm sóc có mất ngủ, đau mỏi kéo dài, lo âu, buồn chán hoặc kiệt sức, cần được tư vấn và kết nối nguồn hỗ trợ phù hợp.

2.6. Tham gia gia đình và cộng đồng

Mục tiêu tham gia được xây dựng từ vai trò trước đột quỵ và mong muốn hiện tại của NB. Có thể bắt đầu từ công việc gia đình đơn giản, hoạt động giải trí, giao tiếp xã hội và di chuyển gần nhà; sau đó mở rộng theo khả năng. Trước khi trở lại lao động hoặc lái xe, cần đánh giá yêu cầu công việc, vận động, nhận thức, giao tiếp, thị giác và mức mệt. Có thể điều chỉnh giờ làm, khối lượng công việc, cách di chuyển hoặc sử dụng công nghệ hỗ trợ.

3. Theo dõi, chuyển tuyến và phòng tái phát

3.1. Theo dõi và lượng giá lại

Theo dõi mức đạt mục tiêu SMART, mức trợ giúp trong sinh hoạt, khả năng đi lại, té ngã, đau, co cứng, nuốt, dinh dưỡng, giao tiếp, nhận thức, tâm trạng và khó khăn của người chăm sóc. Lượng giá lại khi chức năng giảm, xuất hiện vấn đề mới, đạt mục tiêu cũ, thay đổi dụng cụ hoặc môi trường sống. Kế hoạch được cập nhật bằng mục tiêu và liều can thiệp mới, không duy trì chương trình cũ khi không còn phù hợp.

3.2. Dấu hiệu cần ngừng tập và chuyển khám hoặc cấp cứu

- Yếu liệt, méo miệng hoặc rối loạn ngôn ngữ mới xuất hiện hay tăng lên.
- Đau ngực, khó thở, tím tái, ngất hoặc SpO2 giảm.
- Rối loạn ý thức, co giật hoặc đau đầu đột ngột dữ dội.
- Sặc nhiều, sốt hoặc nghi viêm phổi hít.
- Sưng nóng đau một chân hoặc nghi thuyên tắc phổi.
- Té ngã nghi chấn thương hoặc gãy xương.
- Ý tưởng hoặc hành vi tự sát.

3.3. Phòng ngừa đột quỵ tái phát

- Tuân thủ thuốc và lịch tái khám; không tự ý ngừng thuốc khi chức năng cải thiện.
- Kiểm soát huyết áp, đường huyết, lipid máu và bệnh tim mạch.
- Không hút thuốc; hạn chế rượu bia; duy trì dinh dưỡng hợp lý.
- Hoạt động thể lực thường xuyên theo khả năng và giảm thời gian ít vận động.
- Hướng dẫn NB và gia đình nhận biết dấu hiệu đột quỵ tái phát để cấp cứu sớm.

PHẦN B. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương sọ não là tổn thương não do tác động cơ học từ bên ngoài. Sau giai đoạn điều trị y khoa, NB có thể còn khiếm khuyết về vận động, cảm giác, nhận thức, giao tiếp, nuốt, cảm xúc và hành vi. Các vấn đề thường kết hợp, làm giảm khả năng tự chăm sóc, học tập, lao động và tham gia đời sống.

Phục hồi chức năng là quá trình liên tục, lấy NB làm trung tâm và hướng đến hoạt động có ý nghĩa. Kế hoạch dựa trên tình trạng chức năng, khả năng học, sức chịu đựng, môi trường sống, vai trò trước chấn thương và mong muốn của NB. Nguyên tắc gồm: lượng giá trước can thiệp; mục tiêu quan sát và đo lường được; tăng dần độ khó; luyện tập lặp lại trong bối cảnh thực tế; phối hợp chuyên ngành; huy động gia đình; lượng giá lại định kỳ. Các mốc thời gian chỉ có giá trị định hướng vì tốc độ hồi phục khác nhau giữa từng NB.

II. CÁC DI CHỨNG THƯỜNG GẶP

1. Vận động, cảm giác và thăng bằng

NB có thể yếu hoặc liệt chi, rối loạn trương lực, giảm tầm vận động, giảm sức bền, mất phối hợp hoặc khó lập chương trình vận động. Rối loạn cảm giác nông và cảm giác bản thể làm tăng nguy cơ va chạm, bỏng, tổn thương da và té ngã. Hậu quả biểu hiện ở lăn trở, ngồi dậy, chuyển tư thế, đứng, đi, sử dụng tay, mặc quần áo và tắm rửa. Vì vậy, quan sát hoạt động có ý nghĩa hơn việc chỉ ghi nhận sức cơ riêng lẻ.

Chóng mặt, nhìn đôi, giảm ổn định ánh nhìn, bán manh hoặc khó phối hợp mắt - đầu có thể làm NB mất định hướng và sợ vận động. Mất thăng bằng thường rõ khi quay đầu, đổi hướng, đi trên bề mặt khác nhau hoặc thực hiện đồng thời hai nhiệm vụ.

2. Nhận thức

Các biểu hiện gồm giảm chú ý, chậm xử lý thông tin, giảm trí nhớ, khó lập kế hoạch, khó giải quyết vấn đề, giảm tự kiểm soát và giảm nhận biết hạn chế. NB có thể làm tốt nhiệm vụ đơn giản trong phòng yên tĩnh nhưng gặp khó khi có tiếng ồn, nhiều người hoặc nhiệm vụ nhiều bước. Khả năng học và ghi nhớ ảnh hưởng trực tiếp đến sự an toàn và hiệu quả tập luyện.

3. Cảm xúc, hành vi, đau và mệt mỏi

NB có thể dễ kích thích, bốc đồng, thờ ơ, lo âu, buồn chán hoặc thay đổi khí sắc. Một số hành vi liên quan trực tiếp đến tổn thương não và giảm khả năng tự điều chỉnh, không nên diễn giải đơn thuần là thiếu hợp tác. Đau đầu, đau cổ vai, đau cơ xương, mệt mỏi và giấc ngủ kém làm giảm khả năng tham gia. Mệt mỏi sau

tổn thương não có thể biểu hiện bằng giảm nhanh hiệu suất vận động hoặc nhận thức; chương trình cần xen kẽ hoạt động và nghỉ, ưu tiên nhiệm vụ quan trọng và tăng thời lượng từ từ.3.4. Giao tiếp và nuốt

Rối loạn giao tiếp có thể liên quan đến ngôn ngữ, lời nói hoặc nhận thức - giao tiếp. Thất ngôn ảnh hưởng khả năng hiểu, nói, đọc hoặc viết. Rối loạn vận ngôn làm lời nói chậm, yếu, không rõ, thay đổi âm lượng hoặc chất lượng giọng. Rối loạn ngữ điệu làm giảm khả năng sử dụng cao độ, trọng âm và nhịp điệu để biểu đạt ý nghĩa.

Rối loạn nhận thức - giao tiếp có thể kín đáo nhưng ảnh hưởng lớn. NB khó duy trì chủ đề, nói dài nhưng thiếu thông tin chính, không nhận biết lượt lời, hiểu sai hàm ý, giảm giao tiếp bằng mắt hoặc không điều chỉnh cách nói theo người nghe. Khó khăn thường tăng khi NB mệt, có nhiều kích thích hoặc phải làm đồng thời nhiệm vụ khác.

Rối loạn nuốt có thể biểu hiện bằng khó kiểm soát thức ăn trong miệng, nhai kéo dài, thức ăn đọng, ho hoặc sặc, giọng ướt sau nuốt, phải nuốt nhiều lần, bữa ăn kéo dài, giảm lượng ăn hoặc sút cân. Chú ý, tư thế, tốc độ ăn và mức xao nhãng có thể làm nguy cơ tăng. Không phải NB rối loạn nuốt nào cũng ho rõ, vì vậy cần theo dõi toàn bộ diễn biến bữa ăn và tình trạng dinh dưỡng.

4. Hạn chế hoạt động và tham gia

Di chứng có thể làm giảm độc lập trong tự chăm sóc, quản lý thuốc và tiền, sử dụng điện thoại, đi chợ, chăm sóc gia đình, học tập, nghề nghiệp và giao tiếp xã hội. Việc trở lại lái xe, vận hành máy móc, làm việc trên cao hoặc hoạt động nguy cơ cần xem xét vận động, thị giác, chú ý, tốc độ xử lý và phán đoán. Kết quả không chỉ là hoàn thành động tác mà còn gồm tính an toàn, chất lượng, thời gian, mức trợ giúp và khả năng duy trì trong đời sống.

III. LƯỢNG GIÁ CHỨC NĂNG Ở NGƯỜI BỆNH SAU CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Lượng giá xác định khiếm khuyết, hạn chế hoạt động, hạn chế tham gia, yếu tố môi trường và nguồn lực hỗ trợ. Cần kết hợp hỏi, quan sát trực tiếp, thử nghiệm chức năng và thông tin từ gia đình; ghi nhận theo cùng cách qua các lần đánh giá.

1. Nội dung lượng giá

- Bối cảnh: công việc, vai trò gia đình, hoạt động trước chấn thương, nhà ở, người hỗ trợ, phương tiện đi lại và mục tiêu ưu tiên.
- Tỉnh táo và định hướng: duy trì thức tỉnh, nhận biết bản thân - nơi chốn - thời gian, làm theo yêu cầu một hoặc nhiều bước.
- Vận động và cảm giác: tầm vận động, sức cơ, trương lực, phối hợp, cảm giác, kiểm soát thân mình, sử dụng hai tay và sức chịu đựng.

– Thăng bằng và di chuyển: ngồi, đứng, chuyển giường - ghế, đi trong/ngoài nhà, đổi hướng, lên xuống bậc, dụng cụ trợ giúp và hoàn cảnh suýt ngã.

– Hoạt động hằng ngày: ăn, vệ sinh, tắm, mặc quần áo, đi vệ sinh; sau đó là nấu ăn, mua sắm, quản lý thuốc - tiền và sử dụng thiết bị.

– Nhận thức và hành vi: chú ý, trí nhớ, tốc độ xử lý, tổ chức, giải quyết vấn đề, tự giám sát, nhận biết nguy cơ và kiểm soát xung động.

– Giao tiếp: hiểu, diễn đạt nhu cầu, độ rõ lời nói, đọc - viết chức năng, duy trì hội thoại và phương tiện giao tiếp hỗ trợ.

– Nuốt: tư thế, tự ăn, xử lý thức ăn, ho/sặc, giọng sau nuốt, thời gian bữa ăn, lượng ăn uống và vệ sinh răng miệng.

– Tâm lý - xã hội: khí sắc, động lực, quan hệ gia đình, gánh nặng chăm sóc và tham gia cộng đồng.

2. Mục tiêu

Mục tiêu mô tả hoạt động, điều kiện, mức trợ giúp, tiêu chí đo và thời hạn. Ví dụ: “Trong hai tuần, NB tự chuyển từ giường sang ghế bằng khung tập đi, có giám sát, an toàn 4/5 lần”; hoặc “Trong một tuần, NB dùng bảng hình để biểu đạt ít nhất năm nhu cầu cơ bản với người nhà”.

IV. GIAI ĐOẠN SỚM SAU KHI TÌNH TRẠNG Y KHOA ỔN ĐỊNH

Mục tiêu là phòng biến chứng do bất động, duy trì tầm vận động, thúc đẩy khả năng tham gia và hình thành hoạt động cơ bản an toàn. Vận động trị liệu gồm thay đổi và đặt tư thế, vận động thụ động hoặc chủ động có trợ giúp, kiểm soát đầu - thân mình, lăn trở, ngồi dậy và chuyển tư thế. Khi sức chịu đựng tăng, luyện ngồi, đứng và bước với hỗ trợ phù hợp. Điều chỉnh khi đau, chóng mặt, mệt quá mức hoặc chất lượng động tác giảm.

Hoạt động trị liệu sử dụng rửa mặt, chải tóc, mặc áo, cầm cốc và đồ vật quen thuộc. Nhiệm vụ được chia thành bước ngắn, theo trình tự cố định và giảm yếu tố xao nhãng. Hướng dẫn bằng lời ngắn, rõ; kết hợp làm mẫu, hình ảnh hoặc hỗ trợ tay khi cần.

Giao tiếp cần tạo cơ hội để NB lựa chọn, trả lời có/không và biểu đạt nhu cầu. Nếu lời nói chưa hiệu quả, dùng cử chỉ, chữ viết, hình ảnh hoặc bảng giao tiếp. Người giao tiếp nói từng ý, cho đủ thời gian và xác nhận lại thông tin.

Ăn uống được xem xét cùng mức tỉnh táo, khả năng ngồi, kiểm soát đầu cổ, chú ý và dấu hiệu rối loạn nuốt. Tư thế, cách hỗ trợ, dụng cụ và dạng thức ăn - đồ uống dựa trên lượng giá cá thể. Vệ sinh răng miệng được duy trì kể cả khi NB chưa ăn hoàn toàn bằng đường miệng.

V. CAN THIỆP TRONG GIAI ĐOẠN PHỤC HỒI TÍCH CỰC

Mục tiêu chuyển sang cải thiện thực hiện hoạt động. Chương trình cần đủ cường độ nhưng điều chỉnh theo mệt mỏi, đau, chú ý và chất lượng. Luyện tập lặp lại phải gắn với mục tiêu thực tế, tăng dần độ khó và giảm trợ giúp theo tiến bộ.

1. Vận động trị liệu

Vận động trị liệu tập trung cải thiện khả năng kiểm soát tư thế, di chuyển và sử dụng các chi trong hoạt động hằng ngày. Nội dung có thể gồm kiểm soát đầu - thân mình, thăng bằng tĩnh và động, lăn trở, ngồi dậy, chuyển giường - ghế, đứng lên - ngồi xuống, đi theo các hướng, đổi hướng, vượt chướng ngại và lên xuống bậc. Mức trợ giúp, dụng cụ và môi trường tập được lựa chọn theo khả năng thực hiện và nguy cơ té ngã của NB.

Đối với chi trên, luyện tập hướng đến động tác với - nắm - thả, phối hợp hai tay và thao tác đồ vật trong các nhiệm vụ cụ thể. Tầm vận động khớp, trương lực cơ, sức cơ, cảm giác và đau được theo dõi để lựa chọn đặt tư thế, vận động chủ động hoặc có trợ giúp, kéo giãn và luyện tập theo nhiệm vụ. Khi giảm cảm giác, NB cần được hướng dẫn quan sát chi, kiểm tra da và tránh tiếp xúc với nhiệt độ hoặc vật sắc nguy hiểm.

Độ khó được tăng dần bằng thay đổi nền đỡ, tốc độ, khoảng cách, hướng nhìn, số lần lặp lại hoặc thêm nhiệm vụ nhận thức khi bảo đảm an toàn. Dụng cụ trợ giúp và nẹp được xem xét theo mục tiêu chức năng, khả năng sử dụng và môi trường sống. Liều tập cần đủ để tạo cơ hội luyện tập lặp lại nhưng vẫn phù hợp với đau, mệt mỏi, chú ý và chất lượng động tác.

2. Hoạt động trị liệu

Hoạt động trị liệu hướng đến tăng khả năng độc lập trong các hoạt động có ý nghĩa. Các hoạt động tự chăm sóc như ăn uống, vệ sinh cá nhân, mặc quần áo, tắm và đi vệ sinh được luyện trong bối cảnh gần với thực tế. Kỹ thuật thường dùng gồm phân tích và chia nhỏ nhiệm vụ, sắp xếp trình tự, làm mẫu, gợi ý vừa đủ, điều chỉnh dụng cụ và giảm trợ giúp theo tiến bộ của NB.

Khi khả năng tự chăm sóc cải thiện, chương trình được mở rộng sang chuẩn bị bữa ăn, sắp xếp nhà cửa, quản lý thuốc, tiền và lịch hẹn, sử dụng điện thoại, mua sắm và di chuyển ngoài nhà. Việc sử dụng tay bị ảnh hưởng được lồng ghép vào hoạt động thay vì chỉ luyện động tác tách rời. Môi trường có thể được điều chỉnh về vị trí đồ dùng, ánh sáng, tiếng ồn, biển chỉ dẫn và mức độ phức tạp để hỗ trợ NB thực hiện an toàn.

Khó khăn nhận thức được xử trí bằng phối hợp phục hồi và bù trừ. Luyện tập phục hồi có thể tập trung vào chú ý, ghi nhớ, lập kế hoạch, tổ chức công việc và giải quyết vấn đề với độ khó tăng dần. Chiến lược bù trừ gồm lịch, danh sách việc,

báo thức, nhãn và sơ đồ trình tự. Học không sai phù hợp khi NB khó tự phát hiện lỗi; huấn luyện siêu nhận thức được áp dụng khi NB có khả năng xem xét kết quả và tự điều chỉnh chiến lược.

3. Ngôn ngữ trị liệu

Ngôn ngữ trị liệu tập trung vào các khó khăn về giao tiếp và nuốt có ảnh hưởng đến hoạt động, an toàn và sự tham gia. Đối với giao tiếp, can thiệp có thể gồm luyện hiểu - diễn đạt, đọc - viết chức năng, độ rõ và âm lượng lời nói; đồng thời rèn kỹ năng duy trì chủ đề, luân phiên lượt lời và sử dụng thông tin phù hợp với người nghe. Bài tập nên gắn với hội thoại và tình huống sinh hoạt thực tế.

Khi lời nói chưa đáp ứng nhu cầu giao tiếp, có thể sử dụng cử chỉ, chữ viết, bảng chữ, bảng hình, sổ giao tiếp hoặc thiết bị điện tử. Phương tiện được lựa chọn theo vận động, thị giác, nhận thức và khả năng sử dụng của NB. Gia đình được hướng dẫn nói từng ý, cho đủ thời gian đáp ứng, xác nhận lại thông tin và tạo cơ hội để NB chủ động giao tiếp.

Đối với rối loạn nuốt, can thiệp có thể phối hợp bài tập phục hồi, kỹ thuật bù trừ, điều chỉnh tư thế, tốc độ ăn, kích thước miếng ăn và môi trường bữa ăn. Việc thay đổi cấu trúc thức ăn hoặc độ đặc đồ uống phải dựa trên lượng giá cá thể và được theo dõi về khả năng dung nạp, dinh dưỡng và lượng nước. Trong bữa ăn cần quan sát ho/sặc, thay đổi giọng, thức ăn tồn đọng và mệt tăng; đồng thời duy trì vệ sinh răng miệng hằng ngày.

4. Hành vi, cảm xúc và mệt mỏi

Cần xác định yếu tố khởi phát, hành vi quan sát được và hậu quả sau hành vi. Lịch sinh hoạt nhất quán, yêu cầu rõ, lựa chọn có giới hạn, nghỉ trước khi quá tải và phản hồi cụ thể giúp cải thiện tham gia. Tránh tranh luận kéo dài khi NB đang kích thích; trao đổi lại khi ổn định.

Mệt mỏi được quản lý bằng kế hoạch trong ngày, ưu tiên nhiệm vụ, chia nhỏ công việc, luân phiên hoạt động thể lực - nhận thức và nghỉ chủ động. Nhật ký hoạt động giúp xác định thời điểm NB làm việc tốt nhất và yếu tố làm triệu chứng tăng.

VI. GIAI ĐOẠN DUY TRÌ VÀ TÁI HÒA NHẬP

Mục tiêu là duy trì kết quả, tăng độc lập và mở rộng vai trò xã hội. Chương trình tại nhà cần cụ thể, gắn với việc hằng ngày và có cách theo dõi: số lần đứng lên - ngồi xuống đúng kỹ thuật, quãng đường đi an toàn, mức hỗ trợ khi mặc áo, số cuộc hội thoại hoặc thời gian hoàn thành công việc nhiều bước.

Trở lại học tập hoặc làm việc theo lộ trình: mô phỏng nhiệm vụ, thử trong thời gian ngắn, giảm xao nhãng, bố trí nghỉ rồi tăng khối lượng. Có thể điều chỉnh nhiệm vụ, giờ làm hoặc môi trường. Trở lại lái xe và hoạt động nguy cơ cao cần

xem xét toàn diện vận động, thị giác, nhận thức và hành vi, không dựa chỉ vào khả năng đi lại.

VI. TỔ CHỨC THEO DÕI VÀ CHƯƠNG TRÌNH TẠI NHÀ

Mỗi buổi can thiệp bắt đầu bằng kiểm tra ngắn về triệu chứng, mức tỉnh táo, đau, mệt, giấc ngủ và thay đổi từ lần trước. Nội dung tập theo mục tiêu ưu tiên; hoạt động khó thực hiện khi NB tỉnh táo và tập trung tốt. Cuối buổi ghi mức trợ giúp, số lần hoặc thời gian, chất lượng, triệu chứng xuất hiện và bài tập tại nhà.

Gia đình là đối tác trong quá trình phục hồi. Hướng dẫn tập trung vào hỗ trợ vừa đủ, tạo cơ hội để NB tự làm, duy trì giao tiếp tôn trọng và tổ chức môi trường an toàn. Làm thay quá nhiều làm giảm cơ hội thực hành; giảm hỗ trợ quá sớm có thể gây thất bại hoặc mất an toàn. Người chăm sóc cũng cần thời gian nghỉ, phân chia trách nhiệm và nguồn hỗ trợ.

Lượng giá lại định kỳ hoặc khi chức năng thay đổi. Nếu mục tiêu không tiến triển, xem lại độ khó, tần suất, mệt mỏi, đau, khả năng hiểu, môi trường và mức hỗ trợ. Khi xuất hiện vấn đề cần thăm dò, dụng cụ hoặc kỹ thuật chuyên biệt, NB được kết nối với chuyên ngành phù hợp.

VII. KHUNG LẬP KẾ HOẠCH

- Vấn đề: mô tả điều NB chưa làm được hoặc làm chưa an toàn.
- Mục tiêu: hoạt động, điều kiện, mức trợ giúp, tiêu chí đo và thời hạn.
- Can thiệp: chọn nội dung vận động, tự chăm sóc, nhận thức, giao tiếp hoặc nuốt liên quan trực tiếp mục tiêu.
- Liều tập: số lần, thời gian, số ngày và khoảng nghỉ theo khả năng dung nạp.
- Hỗ trợ: dụng cụ, gợi ý, người hỗ trợ và sắp xếp môi trường.
- Kết quả: ghi bằng chỉ số thống nhất, so sánh và điều chỉnh.

VIII. KẾT LUẬN

Phục hồi chức năng sau chấn thương sọ não cần tiếp cận toàn diện vì di chứng vận động thường đi cùng khó khăn nhận thức, giao tiếp, nuốt, cảm xúc và hành vi. Lượng giá chức năng, mục tiêu có ý nghĩa, luyện tập theo nhiệm vụ, chiến lược bù trừ và sự tham gia của gia đình là các thành phần xuyên suốt. Phối hợp vận động trị liệu, hoạt động trị liệu và ngôn ngữ trị liệu giúp chuyển kết quả tập thành khả năng hoạt động và tham gia trong đời sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế. Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/08/2014, ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng”.

– Bộ Y tế. Quyết định số 5623/QĐ-BYT ngày 21/9/2018 về việc ban hành bộ tài liệu Hướng dẫn chăm sóc, điều trị phục hồi chức năng đối với 04 bệnh/tật.

– Bộ Y tế. Quyết định số 2536/QĐ-BYT ngày 16/6/2020, ban hành bộ tài liệu Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, phục hồi chức năng về Ngôn ngữ trị liệu đối với người bệnh Đột quỵ, Chấn thương sọ não và Bại não.

– Bộ Y tế. Quyết định số 3312/QĐ-BYT vào ngày 05/11/2024, ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đột quỵ não".

– World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

– Richards LG, et al. 2026 Guideline for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline From the American Heart Association and American Stroke Association. Stroke. 2026. doi:10.1161/STR.0000000000000536.

CÂU HỎI ÔN TẬP

Câu 1. Đột quỵ được phân thành hai nhóm chính là:

A. Thiếu máu não và xuất huyết não

B. Chấn thương và không chấn thương

C. Cấp tính và mạn tính

D. Khu trú và lan tỏa

Câu 2. Nguyên tắc phù hợp khi bắt đầu phục hồi chức năng sau đột quỵ là:

A. Chờ hết hoàn toàn triệu chứng thần kinh

B. Bắt đầu khi tình trạng y khoa và thần kinh cho phép

C. Chỉ bắt đầu sau 6 tháng

D. Chỉ tập khi người bệnh đi lại được

Câu 3. Biểu hiện nào gợi ý rối loạn nuốt và nguy cơ hít sặc?

A. Ho khi uống nước và giọng ướt sau nuốt

B. Đau vai khi vận động

C. Tê bàn tay

D. Khó ngủ

Câu 4. Để phòng tổn thương vai liệt sau đột quỵ, người hỗ trợ cần:

A. Kéo tay liệt khi chuyển tư thế

B. Nâng đỡ tay liệt và hỗ trợ thân mình đúng kỹ thuật

C. Tập quá tầm để chống cứng

D. Để tay liệt buông thõng khi ngồi

Câu 5. Trong giai đoạn bán cấp sau đột quỵ, can thiệp nên ưu tiên:

A. Tập theo nhiệm vụ, lặp lại có chủ đích và tăng dần mức độ khó

B. Nằm nghỉ kéo dài

C. Chỉ vận động thụ động

D. Chỉ dùng dụng cụ trợ giúp

Câu 6. Chấn thương sọ não có thể gây hậu quả nào?

A. Chỉ yếu liệt vận động

B. Rối loạn vận động, nhận thức, giao tiếp, hành vi và cảm xúc

C. Chỉ giảm thị lực

D. Chỉ đau đầu

Câu 7. Khi người bệnh sau chấn thương sọ não kích động, xử trí môi trường phù hợp là:

A. Tăng nhiều kích thích để người bệnh tỉnh táo

B. Giảm tiếng ồn, hướng dẫn ngắn gọn và duy trì lịch sinh hoạt nhất quán

C. Tranh luận để sửa hành vi

D. Tập liên tục không nghỉ

Câu 8. Mục tiêu phục hồi nhận thức nên gắn với:

A. Điểm số trắc nghiệm đơn thuần

B. Nhiệm vụ có ý nghĩa trong sinh hoạt và mức hỗ trợ cần thiết

C. Số giờ tập mỗi ngày

D. Tuổi của người bệnh

Câu 9. Dấu hiệu nào cần ngừng tập và đánh giá y tế?

A. Mệt nhẹ hồi phục sau nghỉ

B. Đau đầu tăng, nôn, giảm ý thức hoặc xuất hiện dấu thần kinh mới

C. Cần nhắc lại hướng dẫn

D. Đi chậm hơn bình thường

Câu 10. Kế hoạch tại nhà sau tổn thương não cần:

A. Nhiều bài tập phức tạp cùng lúc

B. Ít nhiệm vụ rõ ràng, có giám sát phù hợp và tiêu chí dừng

C. Không cần lượng giá lại

D. Tăng cường độ hằng ngày bất kể đáp ứng

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG MỘT SỐ BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP THƯỜNG GẶP

BSCKII. Nguyễn Thị Hiệp

MỤC TIÊU BÀI HỌC

– Nhận biết được hạn chế chức năng thường gặp do một số bệnh cơ xương khớp.

– Trình bày được nguyên tắc lượng giá đau, tầm vận động, sức cơ, dáng đi và hoạt động hằng ngày.

– Mô tả được nguyên tắc vận động, bảo vệ khớp, tư vấn hoạt động và chăm sóc tại nhà.

– Nhận biết được dấu hiệu nguy hiểm và trường hợp cần chuyển tuyến.

I. ĐẠI CƯƠNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP

1. Khái niệm và vai trò của phục hồi chức năng

Bệnh cơ xương khớp có thể gây tổn thương tại khớp, cột sống, cơ, gân, dây chằng và các cấu trúc thần kinh liên quan. Đau thường là triệu chứng nổi bật, nhưng hậu quả quan trọng hơn về lâu dài là giảm vận động, yếu cơ, giảm sức bền và hạn chế tham gia các hoạt động gia đình, lao động và xã hội. Nếu NB giảm vận động kéo dài, vòng xoắn đau - bất động - yếu cơ - giảm chức năng có thể hình thành, làm tăng mức độ phụ thuộc dù tổn thương ban đầu không tiến triển nhanh.

Phục hồi chức năng là một thành phần của quá trình điều trị toàn diện. Mục tiêu của PHCN không dừng ở giảm đau mà còn hướng đến duy trì cấu trúc và chức năng vận động, phòng co rút và biến dạng, cải thiện khả năng thực hiện hoạt động, tăng mức độ độc lập và nâng cao chất lượng cuộc sống. Kế hoạch PHCN phải dựa trên tình trạng thực tế của NB và được điều chỉnh theo đáp ứng, thay vì áp dụng cùng một chương trình cho mọi trường hợp.

2. Hậu quả chức năng thường gặp

Đau làm NB hạn chế sử dụng vùng cơ thể bị tổn thương. Co cơ phản xạ xuất hiện để bảo vệ vùng đau nhưng có thể duy trì trạng thái căng cơ, làm giảm tầm vận động và tăng cảm giác khó chịu. Tại khớp, viêm hoặc thoái hóa có thể gây cứng khớp, giảm độ trượt của mặt khớp và co ngắn các cấu trúc quanh khớp. Tại cột sống, giảm vận động phối hợp với tư thế không phù hợp làm rối loạn hoạt động của các nhóm cơ giữ vững thân mình.

Yếu cơ có thể xuất hiện do đau, bất động hoặc giảm hoạt động kéo dài. Cơ quanh khớp yếu làm giảm khả năng kiểm soát vận động và tăng tải cơ học lên bề mặt khớp. Ở chi dưới, hậu quả thường biểu hiện bằng khó đứng lên, giảm tốc độ đi, khó lên xuống cầu thang hoặc giảm quãng đường đi bộ. Ở chi trên, đặc biệt

trong viêm khớp dạng thấp, NB có thể khó cầm nắm, mở nắp chai, sử dụng chìa khóa, cài cúc áo hoặc thực hiện các thao tác nghề nghiệp.

Co rút và biến dạng là hậu quả của tổn thương khớp kết hợp với mất cân bằng cơ và tư thế kéo dài. Biến dạng làm thay đổi trục vận động, giảm hiệu quả cơ học và có thể làm tăng đau. Vì vậy, đặt tư thế đúng, duy trì tầm vận động và bảo vệ khớp cần được triển khai sớm, kể cả khi NB chưa có hạn chế chức năng rõ rệt.

3. Lượng giá phục hồi chức năng cơ bản

Lượng giá giúp xác định vấn đề ưu tiên, lựa chọn mục tiêu và theo dõi hiệu quả can thiệp. Tại tuyến cơ sở, lượng giá nên ngắn gọn, có thể lặp lại và gắn với hoạt động thực tế của NB. Các kết quả phải được ghi nhận ở thời điểm ban đầu và sau một khoảng thời gian tập luyện để so sánh.

Lượng giá được thực hiện theo trình tự từ khiếm khuyết cấu trúc và chức năng cơ thể đến hạn chế hoạt động và hạn chế tham gia. Ngoài biểu hiện tại khớp hoặc cột sống, cần xác định những công việc NB không thực hiện được, mức độ trợ giúp cần thiết, điều kiện nhà ở, đặc điểm lao động và mục tiêu ưu tiên của NB. Kết quả lượng giá phải đủ cụ thể để lựa chọn can thiệp và có thể đo lại bằng cùng phương pháp.

Khám cần quan sát tư thế, trục chi, sưng, teo cơ, biến dạng, dáng đi và cách chuyển tư thế; sau đó đánh giá đau, tầm vận động, sức cơ, thăng bằng và một số hoạt động chức năng. Khi có nhiều vấn đề, ưu tiên xử trí yếu tố đang làm giảm rõ nhất khả năng vận động hoặc tự chăm sóc. Các chỉ số ban đầu cần được ghi bằng số hoặc mô tả thống nhất, tránh nhận xét chung như “đỡ” hoặc “khá hơn” mà không có căn cứ so sánh.

Nội dung	Cách lượng giá	Ý nghĩa
Đau	Vị trí, tính chất, yếu tố làm tăng hoặc giảm đau; VAS hoặc NRS từ 0 đến 10	Theo dõi mức độ triệu chứng và đáp ứng với hoạt động
Tầm vận động	Quan sát hoặc đo bằng thước đo góc; ghi rõ vận động chủ động, thụ động và đau khi vận động	Xác định hạn chế khớp và mục tiêu duy trì hoặc cải thiện vận động
Sức cơ	Thử cơ bằng tay theo thang 0 đến 5; so sánh hai bên khi phù hợp	Lựa chọn hình thức tập có trợ giúp, chủ động hoặc kháng trở
Tư thế và dáng đi	Quan sát tư thế đứng, ngồi, chuyển thế, bước đi và sử dụng dụng cụ trợ giúp	Phát hiện bù trừ, giảm thăng bằng và hạn chế di chuyển
Hoạt động hằng	Hỏi và quan sát khả năng mặc quần	Xác định mức độ độc lập

Nội dung	Cách lượng giá	Ý nghĩa
ngày	áo, vệ sinh cá nhân, đi lại, làm việc nhà	và mục tiêu có ý nghĩa đối với NB

3.1. Đánh giá đau

Đau cần được đánh giá trong trạng thái nghỉ và khi thực hiện hoạt động gây khó khăn. Thang điểm số NRS hoặc thang nhìn VAS từ 0 đến 10 thuận tiện cho theo dõi. Điểm số chỉ phản ánh cường độ cảm nhận; vì vậy phải ghi thêm vị trí, hướng lan, thời điểm xuất hiện và ảnh hưởng đối với giấc ngủ, đi lại hoặc lao động. Trong quá trình tập, đau tăng nhẹ và thoáng qua có thể xuất hiện, nhưng đau tăng rõ, kéo dài hoặc kèm tăng sưng là dấu hiệu cần giảm mức độ tập và lượng giá lại.

3.2. Đo tầm vận động

Tầm vận động có thể được lượng giá bằng quan sát hoặc thước đo góc. Khi ghi kết quả cần phân biệt vận động chủ động với vận động thụ động, ghi nhận đau và cảm giác cản cuối tầm. Chi bên tổn thương được so sánh với bên đối diện nếu bên đối diện bình thường. Cùng một tư thế đo và cùng mốc giải phẫu nên được sử dụng ở các lần đánh giá để tăng khả năng so sánh.

3.3. Thử cơ bằng tay

Thử cơ bằng tay đánh giá khả năng co của một cơ hoặc nhóm cơ theo thang điểm 0 đến 5. Bậc 0 không quan sát hoặc sờ thấy co cơ; bậc 1 có co cơ nhưng chưa tạo vận động; bậc 2 thực hiện hết tầm trong tư thế loại bỏ trọng lực; bậc 3 thực hiện hết tầm chống lại trọng lực; bậc 4 thắng được lực cản tương đối; bậc 5 thắng được lực cản tối đa phù hợp. Kết quả thử cơ định hướng cách tập: cơ dưới bậc 3 thường cần trợ giúp hoặc loại bỏ trọng lực, trong khi cơ từ bậc 3 trở lên có thể tiến dần đến tập kháng trở.

3.4. Đánh giá hoạt động

Đánh giá chức năng cần tập trung vào những việc NB thực sự cần thực hiện. Với thoái hóa khớp gối, có thể đánh giá đứng lên từ ghế, đi quãng ngắn, quay người và lên xuống bậc thang. Với thoái hóa cột sống, cần xem tư thế làm việc, khả năng cúi, xoay, mang vật và duy trì tư thế. Với viêm khớp dạng thấp, cần đánh giá thao tác bàn tay, cầm nắm và tự chăm sóc. Việc lựa chọn một số hoạt động cụ thể để theo dõi thường có giá trị thực hành hơn sử dụng nhiều thang điểm phức tạp.

4. Nguyên tắc xây dựng chương trình phục hồi chức năng

Chương trình PHCN được xây dựng từ mục tiêu chức năng. Mục tiêu ngắn hạn có thể là giảm đau, giảm cứng khớp hoặc thực hiện được một động tác đang bị hạn chế. Mục tiêu dài hạn thường liên quan đến đi lại, tự chăm sóc, lao động và

duy trì hoạt động thể lực. Mục tiêu phải phù hợp với mức độ bệnh, khả năng hợp tác và điều kiện thực hiện tại nhà.

Tập luyện cần tăng tiến theo khả năng. Ở giai đoạn đau hoặc viêm tăng, ưu tiên nghỉ ngơi tương đối, tư thế đúng, vận động nhẹ và co cơ tĩnh. Khi triệu chứng ổn định, tăng dần vận động chủ động, kéo giãn và kháng trở. Số lần lặp, thời gian giữ, lực cản và tổng thời gian tập chỉ tăng khi NB thực hiện đúng kỹ thuật và không xuất hiện phản ứng bất lợi kéo dài.

Mức chức năng	Hình thức tập phù hợp	Mục tiêu chính
Đau nhiều hoặc viêm hoạt động	Tư thế đúng, vận động nhẹ trong giới hạn không đau, co cơ tĩnh, nghỉ xen kẽ	Giảm đau, duy trì vận động và hạn chế teo cơ
Giảm tầm vận động	Chủ động có trợ giúp, vận động theo tầm, kéo giãn có kiểm soát	Duy trì hoặc tăng tầm vận động
Yếu cơ	Chủ động, kháng trở nhẹ rồi tăng dần	Tăng sức mạnh và kiểm soát vận động
Giảm sức bền	Đi bộ, đạp xe hoặc bài tập toàn thân với cường độ phù hợp	Tăng khả năng duy trì hoạt động
Hạn chế sinh hoạt	Tập nhiệm vụ, điều chỉnh cách thực hiện, dụng cụ trợ giúp	Tăng mức độ độc lập

5. Các nhóm biện pháp phục hồi chức năng

5.1. Giáo dục và tư vấn

Giáo dục giúp NB hiểu mối liên quan giữa triệu chứng, hoạt động và khả năng phục hồi. Nội dung tư vấn cần cụ thể: cách phân bố hoạt động trong ngày, tư thế khi làm việc, cách tự tập, cách sử dụng dụng cụ trợ giúp và cách theo dõi phản ứng sau tập. Hướng dẫn bằng lời nên kết hợp làm mẫu và yêu cầu NB thực hiện lại. Người chăm sóc cần được tham gia khi NB lớn tuổi, hạn chế nhận thức hoặc khó tự tổ chức chương trình tập.

5.2. Vật lý trị liệu

Nhiệt nóng có thể hỗ trợ giảm đau, thư giãn cơ và chuẩn bị mô trước vận động ở những tình trạng mạn tính hoặc không có viêm cấp. Lạnh trị liệu có thể giảm đau và sưng trong giai đoạn viêm hoạt động hoặc sau khi khớp bị kích thích. Điện trị liệu, siêu âm và các phương pháp nhiệt sâu được sử dụng khi có chỉ định,

thiết bị và nhân lực phù hợp. Hiệu quả của các phương pháp này cần được gắn với mục tiêu chức năng và không thay thế vận động trị liệu.

5.3. Vận động trị liệu

Vận động thụ động do người khác thực hiện được dùng khi NB chưa thể chủ động vận động đầy đủ. Vận động chủ động có trợ giúp kết hợp nỗ lực của NB với sự hỗ trợ của người hướng dẫn hoặc chi lành. Vận động chủ động được thực hiện bằng sức cơ của NB. Tập kháng trở bổ sung lực cản để tăng sức mạnh cơ. Kéo giãn được sử dụng khi cơ hoặc mô mềm co ngắn, nhưng lực kéo phải tăng từ từ và không gây đau rõ.

5.4. Bảo vệ khớp và dụng cụ trợ giúp

Bảo vệ khớp nhằm giảm tải bất lợi, duy trì trục vận động và hạn chế biến dạng. Các biện pháp gồm điều chỉnh tư thế, tránh hoạt động lặp lại quá mức, sử dụng khớp lớn để mang lực, bố trí nghỉ xen kẽ và dùng gậy, nạng hoặc nẹp khi có chỉ định. Dụng cụ trợ giúp phải vừa kích thước, phù hợp khả năng nhận thức và thăng bằng. NB cần được tập sử dụng trong môi trường an toàn trước khi áp dụng thường xuyên.

6. Theo dõi và lượng giá lại

Theo dõi tập trung vào mức độ đau, sưng, tầm vận động, sức cơ và khả năng thực hiện hoạt động đã chọn. Cần hỏi phản ứng trong khi tập, ngay sau tập và trong ngày tiếp theo. Nếu NB đau tăng kéo dài, mệt nhiều hoặc giảm khả năng vận động so với trước tập, chương trình phải được giảm cường độ hoặc điều chỉnh kỹ thuật. Khi triệu chứng ổn định và NB thực hiện dễ dàng, có thể tăng số lần lặp, thời gian giữ, lực cản hoặc mức độ phức tạp của nhiệm vụ.

II. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THOÁI HÓA KHỚP

1. Đại cương

Thoái hóa khớp là bệnh mạn tính tiến triển chậm, trong đó tổn thương sụn khớp phối hợp với biến đổi xương dưới sụn, màng hoạt dịch và các cấu trúc quanh khớp. Bệnh có thể gặp ở nhiều vị trí, nhưng khớp gối, khớp háng và các khớp bàn tay thường ảnh hưởng rõ đến chức năng. Đau cơ học là biểu hiện điển hình: đau tăng khi vận động hoặc chịu tải và giảm khi nghỉ. NB có thể cứng khớp sau thời gian bất động, giảm tầm vận động, yếu cơ và khó thực hiện các hoạt động đi lại.

Thoái hóa khớp không chỉ là tổn thương khu trú của sụn. Đau khiến NB giảm sử dụng chi, dẫn đến yếu cơ; cơ yếu lại làm giảm khả năng ổn định khớp và tăng khó khăn khi vận động. Ở thoái hóa khớp gối, yếu cơ tứ đầu đùi liên quan trực tiếp đến khó đứng lên, đi bộ và lên xuống cầu thang. Vì vậy, vận động trị liệu và quản lý tải trọng là nội dung trung tâm của PHCN.

Nhận biết cơ bản dựa trên bệnh cảnh đau khớp kiểu cơ học, cứng khớp buổi sáng hoặc sau bất động thường ngắn, hạn chế vận động, tiếng lạo xạo và biến đổi hình thái khớp ở giai đoạn muộn. Đau thường tăng khi chịu tải, giảm khi nghỉ; tràn dịch hoặc viêm màng hoạt dịch mức độ nhẹ có thể xuất hiện từng đợt. X-quang có thể ghi nhận hẹp khe khớp, gai xương, đặc xương dưới sụn và nang xương dưới sụn. Chẩn đoán cần kết hợp lâm sàng với hình ảnh khi cần thiết và loại trừ nguyên nhân viêm, chấn thương, nhiễm khuẩn hoặc bệnh lý khác.

Đối với thoái hóa khớp gối, các tiêu chuẩn phân loại thường dựa trên đau gối kết hợp tuổi, cứng khớp buổi sáng ngắn, tiếng lạo xạo khi vận động, dấu hiệu xương to và không có biểu hiện nóng khớp rõ; hoặc kết hợp đau gối với gai xương trên X-quang và một số đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm. Các tiêu chuẩn này hỗ trợ nhận diện và phân loại, không thay thế đánh giá toàn diện từng NB.

Tiến triển kéo dài có thể gây giảm duỗi hoặc gấp khớp, co rút, biến dạng trục, mất vững và giảm khả năng chịu tải. Hậu quả chức năng thường gặp là khó đứng lên khỏi ghế, đi bộ chậm, khó lên xuống cầu thang, hạn chế ngồi xổm, giảm khả năng lao động và tăng nguy cơ phụ thuộc trong sinh hoạt. Vì vậy, mục tiêu PHCN phải gắn với hoạt động cụ thể, không chỉ dựa vào mức độ đau.

2. Lượng giá

Hỏi bệnh cần xác định vị trí đau, thời điểm đau, mối liên quan với đi bộ, đứng lâu, ngồi xổm và lên xuống cầu thang. Cần ghi nhận cứng khớp sau nghỉ, cảm giác lạo xạo, mức độ sưng và các đợt đau tăng. Khám tập trung vào trục chi, biến dạng, sưng khớp, tầm vận động, sức cơ quanh khớp và dáng đi. Với khớp gối, nên đánh giá khả năng duỗi gối, sức cơ tứ đầu đùi, đứng lên từ ghế và đi quãng ngắn.

Lượng giá đau cần ghi điểm NRS hoặc VAS khi nghỉ và khi thực hiện một hoạt động chuẩn hóa, đồng thời ghi thời gian cứng khớp và phản ứng sau vận động. Tầm vận động được đo ở cả vận động chủ động và thụ động, chú ý thiếu duỗi, đau cuối tầm và co rút mô mềm. Sức cơ nên đánh giá tối thiểu cơ tứ đầu đùi, cơ dạng và duỗi háng; ở khớp bàn tay cần đánh giá lực cầm và khả năng thao tác.

Khả năng vận động được lượng giá bằng các nhiệm vụ lặp lại được như đứng lên từ ghế, đi quãng ngắn, quay người, bước qua vật cản hoặc lên xuống một bậc. Dáng đi cần ghi độ dài bước, thời gian chống chân đau, sử dụng dụng cụ trợ giúp và mức độ mất cân đối. Khi có điều kiện, có thể sử dụng WOMAC hoặc KOOS để theo dõi đau, cứng khớp và chức năng; tại cộng đồng có thể chọn một số hoạt động ưu tiên của NB và đánh giá thống nhất qua các lần tái khám.

Nội dung	Biểu hiện cần ghi nhận
Đau	Điểm đau khi nghỉ và khi chịu tải; hoạt động làm tăng đau
Khớp	Sưng, biến dạng, tiếng lạo xạo, tầm vận động chủ động và

Nội dung	Biểu hiện cần ghi nhận
	thụ động
Cơ	Sức cơ tứ đầu đùi, cơ quanh háng và các vận động bù trừ
Dáng đi	Khập khiễng, giảm thời gian chịu lực, sử dụng gậy hoặc vịn
Hoạt động	Đứng lên, ngồi xuống, đi bộ, lên xuống cầu thang, làm việc nhà

3. Mục tiêu phục hồi chức năng

- Giảm đau và giảm phản ứng sưng tại khớp.
- Duy trì hoặc cải thiện tầm vận động.
- Tăng sức mạnh và sức bền của các nhóm cơ quanh khớp.
- Giảm tải bất lợi và cải thiện kiểm soát vận động.
- Duy trì khả năng đi lại, sinh hoạt và tham gia hoạt động cộng đồng.
- Hạn chế tiến triển của co rút, biến dạng và phụ thuộc chức năng.

4. Các phương pháp phục hồi chức năng

4.1. Kiểm soát đau bằng các phương thức vật lý trị liệu

Các phương thức vật lý trị liệu được lựa chọn theo giai đoạn bệnh, biểu hiện viêm, tình trạng cảm giác và bệnh kèm. Mục đích chủ yếu là giảm đau, giảm co cơ, hỗ trợ tuần hoàn và tạo điều kiện để NB vận động. Trước và sau can thiệp cần đánh giá đau, da, cảm giác và khả năng vận động; không sử dụng phương thức vật lý như một biện pháp thay thế tập luyện.

Nhiệt nóng bề mặt bằng túi chườm nóng, paraffin hoặc đèn hồng ngoại phù hợp với đau mạn tính, cứng khớp và co cơ khi không có viêm cấp. Nhiệt làm tăng tuần hoàn tại chỗ, giảm độ nhớt mô liên kết, tăng tính mềm dẻo của mô và hỗ trợ thư giãn cơ. Đèn hồng ngoại được đặt với khoảng cách và thời gian theo quy trình kỹ thuật, thường trong khoảng 15-20 phút; phải kiểm tra cảm giác, tuần hoàn và da, tránh dùng tại vùng mất cảm giác, thiếu máu cục bộ, tổn thương da hoặc khớp đang sưng nóng rõ.

Lạnh trị liệu được dùng khi khớp sưng, nóng hoặc đau tăng sau hoạt động. Lạnh làm giảm dẫn truyền thần kinh cảm giác, giảm chuyển hóa mô và hỗ trợ hạn chế phù nề. Có thể dùng túi lạnh bọc khăn trong khoảng 10-15 phút, theo dõi màu da và cảm giác; tránh áp trực tiếp kéo dài hoặc sử dụng ở vùng rối loạn tuần hoàn ngoại vi, quá mẫn với lạnh hay mất cảm giác.

Điện xung giảm đau, thường sử dụng kích thích điện thần kinh qua da, tạo các xung điện tác động lên sợi cảm giác, góp phần ức chế dẫn truyền đau theo cơ chế kiểm soát cổng và điều biến đau nội sinh. Điện cực đặt quanh vùng đau theo quy

trình, cường độ ở mức NB cảm nhận rõ nhưng dễ chịu. Không đặt qua vùng có tổn thương da, rối loạn cảm giác nặng, vùng tim hoặc trên thiết bị điện tử cấy ghép; thận trọng ở phụ nữ mang thai và NB không giao tiếp được.

Siêu âm trị liệu sử dụng sóng âm tần số cao tạo tác dụng cơ học và nhiệt tại mô sâu, có thể hỗ trợ giảm đau, tăng tính giãn của mô mềm và chuẩn bị cho kéo giãn. Liều, chế độ liên tục hoặc xung và thời gian phụ thuộc vị trí, độ sâu mô và mục tiêu điều trị. Không sử dụng trên vùng u, nhiễm khuẩn, chảy máu, vùng mất cảm giác, đầu xương đang phát triển, cơ quan sinh dục, mắt hoặc vùng có chống chỉ định theo quy trình kỹ thuật.

Sóng ngắn hoặc vi sóng tạo nhiệt sâu bằng trường điện từ, có thể được cân nhắc trong đau mạn tính và co cứng quanh khớp khi có đủ thiết bị và người thực hiện được đào tạo. Chống chỉ định quan trọng gồm vật kim loại hoặc thiết bị điện tử trong vùng điều trị, thai kỳ, u, chảy máu, thiếu máu cục bộ và rối loạn cảm giác. Sau mỗi phương thức, cần chuyển sang vận động phù hợp khi mô đã được chuẩn bị.

4.2. Tập luyện

Vận động khớp được thực hiện trong giới hạn cho phép, chậm và có kiểm soát. Khi NB chưa tự thực hiện hết tầm, có thể dùng vận động chủ động có trợ giúp. Mỗi động tác nên lặp lại nhiều lần với biên độ không làm đau tăng rõ. Mục tiêu ban đầu là duy trì duỗi khớp và ngăn co rút; sau đó mới tăng dần biên độ gấp và các hoạt động chức năng.

4.2.1. Tập duy trì và cải thiện tầm vận động

4.2.2. Tập tăng sức mạnh và sức bền cơ

Tập co cơ tĩnh thích hợp khi vận động khớp còn đau. Với thoái hóa khớp gối, NB nằm hoặc ngồi duỗi gối, ép mặt sau gối xuống mặt giường và siết cơ mặt trước đùi, giữ vài giây rồi thả lỏng. Khi đau giảm và cơ lực đạt mức phù hợp, chuyển sang duỗi gối chủ động, nâng chân thẳng và kháng trở nhẹ. Tại cơ sở có ghế tập cơ tứ đầu đùi, lực cản được điều chỉnh theo cơ lực; NB tập gấp duỗi gối 10 đến 20 lần, nghỉ rồi lặp lại, đồng thời tránh nâng mông hoặc gập háng để bù trừ.

4.2.3. Tập chịu lực và hoạt động chức năng

Đạp xe giúp huy động các nhóm cơ lớn ở chi dưới với tải lên khớp thấp. Yên xe cần được điều chỉnh để khi bàn đạp ở vị trí thấp nhất, gối gần duỗi nhưng không bị khóa cứng. Đi bộ dễ thực hiện và có lợi cho sức khỏe toàn thân, nhưng quãng đường phải phù hợp với mức độ đau và tình trạng chịu tải của khớp. Bơi hoặc tập trong nước làm giảm tải trọng và tạo điều kiện vận động khi NB khó tập trên cạn.

4.3. Duy trì, theo dõi tại gia đình và cộng đồng

NB cần hạn chế các hoạt động tạo tải lớn và lặp lại như ngồi xổm, đứng lâu hoặc lên xuống cầu thang nhiều lần. Công việc nên được chia thành từng khoảng

ngắn, xen kẽ nghỉ. Ghế có chiều cao phù hợp giúp giảm lực khi đứng lên. Gậy được cân nhắc khi đau làm giảm khả năng chịu lực hoặc dáng đi mất cân đối. Theo quy trình kỹ thuật, chiều cao gậy có thể điều chỉnh ngang mức gai chậu trước trên và thường cầm ở tay đối diện chân đau hoặc yếu. Khi đi, đưa gậy ra trước, bước chân đau lên ngang gậy rồi bước chân còn lại.

Hoạt động thể lực tại cộng đồng được duy trì ở mức vừa sức, ưu tiên đi bộ trên mặt phẳng, đạp xe, bơi hoặc tập trong nước. Tổng thời gian có thể chia thành nhiều đợt ngắn và tăng dần theo dung nạp. Quản lý cân nặng, giày dép phù hợp, điều chỉnh chiều cao ghế và tay vịn giúp giảm tải khớp. NB cần tiếp tục các bài tập tầm vận động và sức mạnh tối thiểu hai đến ba buổi mỗi tuần sau khi triệu chứng đã ổn định.

Theo dõi tại gia đình dựa trên đau khi hoạt động, sưng khớp, quãng đường đi, khả năng đứng lên và mức độ trợ giúp trong sinh hoạt. Nếu đau hoặc sưng tăng và kéo dài sang ngày hôm sau, giảm tải, giảm số lần lặp hoặc tạm ngừng bài chịu lực; khi ổn định mới tăng dần. Việc sử dụng gậy, nẹp hoặc dụng cụ trợ giúp cần được kiểm tra định kỳ về chiều cao, độ vừa và an toàn.

4.4. Chương trình tập cơ bản cho thoái hóa khớp gối

Bài tập	Cách thực hiện	Mức khởi đầu
Co cơ tĩnh tứ đầu	Duỗi gối, ép khoeo xuống giường, siết cơ mặt trước đùi rồi thả lỏng	Giữ 5 đến 8 giây, 8 đến 10 lần
Duỗi gối chủ động	Ngồi thẳng, từ từ duỗi gối đến mức cho phép, hạ chậm	8 đến 10 lần mỗi bên
Nâng chân thẳng	Nằm ngửa, một gối gấp, chân tập duỗi và nâng khỏi mặt giường	5 đến 10 lần
Đứng lên từ ghế	Ngồi ghế đủ cao, đưa thân ra trước và đứng lên có kiểm soát	5 lần, có vịn khi cần
Đi bộ hoặc đạp xe	Thực hiện ở mức không làm đau tăng kéo dài	5 đến 10 phút rồi tăng dần

Liều tập trong bảng là mức khởi đầu tham khảo và phải điều chỉnh theo tình trạng NB. Động tác được thực hiện chậm, đúng trục và không nín thở. Nếu đau hoặc sưng tăng kéo dài sau tập, cần giảm số lần lặp, biên độ hoặc mức chịu tải. Khi NB thực hiện dễ dàng và triệu chứng ổn định, tăng dần số lần lặp hoặc thời gian tập trước khi tăng lực cản.

4.5. Theo dõi và tăng tiến chương trình

Theo dõi định kỳ gồm điểm đau khi hoạt động, tầm vận động, sức cơ và một hoặc hai nhiệm vụ chức năng. Có thể lựa chọn thời gian đứng lên năm lần, quãng đường đi được hoặc khả năng lên xuống một bậc thang. Chương trình đạt hiệu quả khi NB giảm khó khăn trong hoạt động và duy trì tập đều, không nhất thiết phải hết hoàn toàn đau. Giáo dục NB về tính chất mạn tính của bệnh giúp hình thành kỳ vọng phù hợp và tăng tuân thủ vận động lâu dài.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THOÁI HÓA CỘT SỐNG CÓ HOẶC KHÔNG KÈM HỘI CHỨNG RỄ THẦN KINH

1. Đại cương

Thoái hóa cột sống là quá trình biến đổi mạn tính tại đĩa đệm, khớp liên mỏm, thân đốt sống và các cấu trúc liên quan. Bệnh thường gặp ở cột sống cổ và cột sống thắt lưng. Biểu hiện chức năng chủ yếu gồm đau, co cứng cơ, giảm tầm vận động và giảm khả năng duy trì tư thế. Khi lỗ liên hợp hoặc vùng quanh rễ bị ảnh hưởng, NB có thể xuất hiện hội chứng rễ thần kinh với đau lan, tê bì, dị cảm hoặc yếu cơ theo vùng phân bố của rễ.

Trong thực hành PHCN, cần phân biệt tương đối hai nhóm biểu hiện. Hội chứng cột sống phản ánh đau khu trú, co cơ cạnh cột sống, hạn chế vận động và thay đổi tư thế. Hội chứng rễ phản ánh ảnh hưởng thần kinh ngoại vi từ cột sống, thường có đau lan xuống vai tay hoặc mông chân, rối loạn cảm giác và có thể giảm sức cơ. Hai nhóm có thể cùng tồn tại và làm tăng mức độ hạn chế hoạt động.

Thoái hóa cột sống cổ có thể gây đau cổ gáy đơn thuần hoặc hội chứng cổ vai cánh tay khi rễ thần kinh cổ bị kích thích hay chèn ép. NB có thể đau từ cổ lan xuống vai, cánh tay và bàn tay, kèm tê bì, giảm cảm giác, giảm phản xạ hoặc yếu các nhóm cơ tương ứng với rễ tổn thương. Khi tủy cổ bị ảnh hưởng, có thể xuất hiện vụng về bàn tay, dáng đi mất vững, tăng phản xạ, co cứng hoặc rối loạn cơ tròn; đây không còn là biểu hiện rễ đơn thuần.

Thoái hóa cột sống thắt lưng có thể gây đau thắt lưng cơ học. Khi rễ thắt lưng - cùng bị ảnh hưởng, đau thường lan từ thắt lưng hoặc mông xuống chân theo đường đi của rễ, thường được gọi là đau thần kinh tọa đối với tổn thương các rễ tạo nên dây thần kinh tọa. NB có thể kèm tê, rối loạn cảm giác, yếu gấp hoặc duỗi bàn chân, giảm phản xạ gân xương và hạn chế đi lại.

Nhận biết cơ bản dựa trên tính chất đau cơ học, đau và hạn chế vận động cột sống, co cơ cạnh sống, kết hợp dấu hiệu thần kinh khi có hội chứng rễ. Nghiệm pháp căng rễ, khám cảm giác, sức cơ và phản xạ hỗ trợ định khu; chẩn đoán hình ảnh được chỉ định theo diễn biến lâm sàng, dấu hiệu thần kinh và nghi ngờ nguyên

nhân khác. Hình ảnh thoái hóa đơn thuần không đồng nghĩa với nguyên nhân gây đau và phải được đối chiếu với triệu chứng.

Các dấu hiệu cờ đỏ cần được đánh giá chuyên khoa sớm gồm yếu cơ tiến triển, rối loạn tiểu tiện hoặc đại tiện mới xuất hiện, bí tiểu, tê vùng yên ngựa, biểu hiện chèn ép tủy, hội chứng đuôi ngựa, đau dữ dội tăng nhanh, sốt, chấn thương đáng kể, tiền sử ung thư, sụt cân không chủ ý hoặc nghi ngờ nhiễm khuẩn. Yếu lực tiến triển, rối loạn cơ tròn, chèn ép tủy hoặc đuôi ngựa là những tình trạng cần xem xét chỉ định phẫu thuật khẩn hoặc sớm. Đau rễ kéo dài, suy giảm chức năng hoặc thiếu hụt thần kinh không cải thiện sau điều trị bảo tồn thích hợp cũng cần được đánh giá chuyên khoa ngoại thần kinh hoặc chấn thương chỉnh hình.

2. Lượng giá

2.1. Hỏi bệnh

Cần xác định vị trí đau, hướng lan, thời gian xuất hiện và tư thế làm tăng triệu chứng. Ở cột sống cổ, hỏi đau vùng cổ vai gáy, đau lan xuống cánh tay, tê bì bàn tay và khó thực hiện công việc phải cúi hoặc ngửa cổ. Ở cột sống thắt lưng, hỏi đau khu trú hoặc lan từ thắt lưng xuống mông và chân, ảnh hưởng của ngồi lâu, cúi, xoay, mang vật và đi bộ. Đau tăng khi ho hoặc hắt hơi có thể đi kèm kích thích rễ.

2.2. Khám và lượng giá chức năng

Quan sát đường cong cột sống, độ cân xứng hai vai và khung chậu, tư thế đầu, dáng đứng và cách NB chuyển thế. Sờ đánh giá co cứng, co rút và điểm đau cơ cạnh cột sống. Tầm vận động được lượng giá theo các hướng gấp, duỗi, nghiêng và xoay. Khám thần kinh cơ bản gồm cảm giác, sức cơ và so sánh hai bên. Hoạt động chức năng được đánh giá qua ngồi, đứng, đi, cúi, quay người và thao tác nghề nghiệp.

Đặc điểm	Hội chứng cột sống	Hội chứng rễ thần kinh
Đau	Khu trú vùng cổ hoặc thắt lưng	Lan theo chi trên hoặc chi dưới
Cơ	Co cứng cơ cạnh cột sống	Có thể yếu hoặc teo cơ theo rễ
Cảm giác	Thường không rối loạn rõ	Tê bì, kiến bò hoặc giảm cảm giác
Vận động	Giảm tầm vận động cột sống	Động tác cột sống có thể làm tăng đau lan
Ảnh hưởng	Khó duy trì tư thế và vận động thân	Giảm sử dụng chi và hạn chế đi lại hoặc thao tác tay

3. Mục tiêu phục hồi chức năng

- Giảm đau và giảm co cứng cơ cạnh cột sống.
- Khôi phục tầm vận động phù hợp của cột sống và các khớp liên quan.
- Cải thiện sức mạnh, sức bền và khả năng kiểm soát của các cơ giữ vững cột sống.
- Giảm kích thích rễ, cải thiện chức năng cơ và cảm giác của chi bị ảnh hưởng.
- Điều chỉnh tư thế trong sinh hoạt và lao động, hạn chế tái phát.
- Duy trì khả năng tự chăm sóc, đi lại và làm việc.

4. Các phương pháp phục hồi chức năng

4.1. Vật lý trị liệu

Các phương thức vật lý trị liệu được lựa chọn theo nguyên nhân, giai đoạn, mức độ đau và dấu hiệu thần kinh. Nhiệt nóng bề mặt hoặc hồng ngoại hỗ trợ giảm đau và thư giãn cơ trong đau mạn tính không có viêm cấp; lạnh có thể dùng ngắn hạn khi đau tăng sau hoạt động. Điện xung giảm đau tác động lên dẫn truyền cảm giác; siêu âm tạo tác dụng cơ học và nhiệt sâu tại mô mềm. Xoa bóp và kỹ thuật mô mềm có thể giảm co cứng, nhưng không thực hiện lực mạnh trực tiếp lên vùng đau cấp hoặc khi chưa loại trừ tổn thương cấu trúc nghiêm trọng.

Kéo giãn cột sống bằng máy thuộc nhóm vật lý trị liệu. Lực kéo làm giảm tạm thời tải lên cấu trúc cột sống, tăng khoảng gian đốt và có thể giảm kích thích cơ học đối với rễ ở NB được lựa chọn phù hợp. Kỹ thuật thường được chỉ định trong một số trường hợp thoái hóa cột sống, đau thắt lưng cơ học ngoại vi hoặc thoát vị đĩa đệm mức độ nhẹ đến vừa; thời gian thường khoảng 15-20 phút theo quy trình kỹ thuật.

4.1.1. Các phương thức giảm đau và giãn cơ

Khi thực hiện nhiệt, điện xung hoặc siêu âm phải kiểm tra cảm giác, da, tuần hoàn, thiết bị cấy ghép và các chống chỉ định đặc hiệu. Không dùng nhiệt sâu tại vùng có kim loại hoặc thiết bị điện tử, u, chảy máu, nhiễm khuẩn hay mất cảm giác. Siêu âm tránh vùng u, nhiễm khuẩn, chảy máu, mắt, cơ quan sinh dục và vùng tăng trưởng xương. Điện xung không đặt qua tim, vùng da tổn thương hoặc trên máy tạo nhịp. Hiệu quả được đánh giá bằng giảm đau khi vận động, tăng tầm vận động và cải thiện hoạt động.

4.1.2. Kéo giãn cột sống bằng máy

Kéo giãn cột sống bằng máy sử dụng lực cơ học được điều chỉnh về lực kéo, chế độ và thời gian. Quy trình kỹ thuật chỉ định trong một số trường hợp thoái hóa cột sống, thoát vị đĩa đệm giai đoạn đầu hoặc mức độ nhẹ đến vừa và đau thắt lưng do nguyên nhân ngoại vi. Thời gian thực hiện thường khoảng 15 đến 20 phút tại cơ

sở chuyên môn. Trong khi kéo phải theo dõi cảm giác của NB; nếu đau nhói hoặc đau tăng dần, phải ngừng hoặc giảm lực và lượng giá lại.

Kéo giãn không phải là kỹ thuật tự tập tại nhà. Trước khi chỉ định cần loại trừ các tình trạng không phù hợp theo quy trình, trong đó có tổn thương thực thể cột sống, gãy hoặc mất vững, bệnh lý tủy và ống sống, cầu xương nối đốt sống, viêm cột sống dính khớp nặng và loãng xương nặng. Nhân viên tuyến cơ sở có vai trò nhận biết NB đã được chỉ định, hướng dẫn tuân thủ và theo dõi phản ứng sau điều trị.

4.2. Tập vận động trị liệu

4.2.1. Tập vận động trị liệu cột sống cổ

NB ngồi trên ghế có chiều cao phù hợp, hai bàn chân đặt trên sàn, háng và gối gần vuông góc, thân thẳng, đầu ở vị trí trung gian và hai vai cân đối. Các động tác được thực hiện chậm theo tầm không làm triệu chứng tăng rõ. Có thể tập gấp và duỗi cổ, nghiêng sang hai bên, quay sang hai bên, đưa đầu ra trước và thu đầu về sau. Tập vai gồm nâng và hạ vai, đưa vai ra trước - ra sau và xoay vai.

Bài tập thu cằm được thực hiện bằng cách giữ mắt nhìn ngang, nhẹ nhàng đưa đầu ra sau để giảm tư thế đầu nhô ra trước, không cúi hoặc ngửa cổ; giữ 3-5 giây rồi thả lỏng. Có thể phối hợp co cơ đẳng trường: đặt bàn tay ở trán, thái dương hoặc sau đầu, tạo lực nhẹ trong khi giữ đầu không di chuyển. Mỗi hướng giữ khoảng 5 giây, lặp 5-10 lần tùy dung nạp.

Tăng sức bền vùng vai gáy bằng động tác khép xương bả vai, kéo vai ra sau và xuống dưới, tập với dây đàn hồi nhẹ khi đau đã ổn định. Mỗi động tác thực hiện chậm, không nín thở. Khi có đau lan, ưu tiên các động tác làm triệu chứng thu về gần cột sống; ngừng động tác làm đau lan xa hơn, tê tăng hoặc yếu tăng.

Ở NB có hội chứng cổ vai cánh tay do chèn ép rễ, động tác ngửa cổ cần được giới hạn nếu làm tăng đau lan, tê hoặc chóng mặt. Biên độ vận động quan trọng hơn số lần lặp; NB không được cố đạt tầm tối đa bằng động tác giật hoặc dùng tay kéo mạnh đầu. Khi triệu chứng ổn định, phối hợp bài tập chỉnh tư thế đầu cổ và tăng sức bền cơ vùng vai gáy.

4.2.2. Tập vận động trị liệu cột sống thắt lưng

Bài tập cột sống thắt lưng nhằm cải thiện kiểm soát thân mình, kéo giãn cơ co ngắn và tăng sức mạnh các nhóm cơ giữ vững cột sống. Chương trình có thể gồm vận động lưng ở tư thế bốn điểm, co cơ thân mình ở tư thế nằm, bài tập tay chân đối bên, kéo giãn cơ thắt lưng chậu, cơ vùng đùi và tập chức năng đứng lên - ngồi xuống. Với đau thần kinh tọa, cần hạn chế động tác cúi gập lưng nếu động tác làm tăng đau lan.

Tập kiểm soát vùng thắt lưng - chậu bắt đầu bằng co nhẹ cơ bụng sâu ở tư thế nằm ngửa, giữ nhịp thở bình thường; sau đó tiến đến cầu thấp, tay chân đối bên ở

tư thế bốn điểm và đứng lên - ngồi xuống. Kéo giãn cơ gân kheo, cơ thắt lưng chậu, cơ tứ đầu đùi và cơ mông được thực hiện chậm, giữ 15-30 giây, không giật.

Ở NB có đau rễ, lựa chọn hướng vận động dựa trên đáp ứng triệu chứng. Có thể lặp lại vận động theo hướng làm đau thu về vùng trung tâm và giảm đau ở chi; tránh hướng làm đau lan xa. Tập trượt thần kinh chỉ thực hiện nhẹ nhàng, không duy trì căng kéo và dừng khi tê hoặc đau tăng. Liều ban đầu thường 5-10 lần mỗi động tác, một đến hai lượt, sau đó tăng dần theo dung nạp.

Bài tập	Cách thực hiện cơ bản	Liều khởi đầu
Mèo và lạc đà	Tư thế bốn điểm, luân phiên cong và võng lưng trong giới hạn dễ chịu	5 đến 10 lần
Co cơ thân mình	Nằm ngửa, giữ cột sống ổn định, nâng nhẹ đầu vai mà không cuộn lưng quá mức	Giữ 5 đến 8 giây, 5 lần
Tay chân đối bên	Tư thế bốn điểm, đưa một tay và chân đối bên, giữ thân không xoay	Giữ 5 đến 8 giây, 5 lần mỗi bên
Kéo giãn thắt lưng chậu	Nằm gần mép giường, kéo một gối về ngực, chân còn lại giữ thư giãn	Giữ 8 đến 10 giây, 5 lần
Kéo giãn cơ sau đùi	Duỗi gối có kiểm soát đến khi căng vừa, không làm tăng đau lan	Giữ 8 đến 10 giây, 5 lần

5. Kết quả phục hồi chức năng

Kết quả PHCN được xác định bằng thay đổi của đau, hướng lan, tầm vận động, sức cơ và khả năng thực hiện hoạt động. Đáp ứng thuận lợi gồm đau giảm hoặc khu trú dần về cột sống, vận động cổ hoặc thắt lưng tốt hơn, tăng khả năng ngồi, đứng, đi và làm việc, đồng thời giảm nhu cầu trợ giúp. Với hội chứng rễ, cần theo dõi thêm cảm giác, phản xạ và sức cơ theo rễ; giảm đau đơn thuần không đủ nếu yếu cơ vẫn tiến triển.

Lượng giá lại nên sử dụng cùng tư thế, cùng động tác và cùng nhiệm vụ chức năng so với ban đầu. Nếu không cải thiện sau một giai đoạn điều trị phù hợp, đau lan tăng, tê tăng hoặc xuất hiện yếu cơ, cần xem lại chẩn đoán và kế hoạch điều trị. Mục tiêu được điều chỉnh từ giảm đau và phục hồi vận động sang tăng sức mạnh, sức bền và trở lại hoạt động khi NB đã ổn định.

6. Duy trì và phòng tái phát tại gia đình

Sau khi tình trạng ổn định, chương trình tại nhà tập trung duy trì tầm vận động, sức mạnh, sức bền và phòng tái phát. Mỗi buổi nên ngắn, gồm khởi động,

hai đến bốn bài tập chính và thư giãn; tăng số lần hoặc thời gian trước khi tăng lực cản. NB cần thay đổi tư thế định kỳ, bố trí màn hình ngang tầm mắt, dùng ghế có tựa, tránh cúi hoặc xoay thân kéo dài, nâng vật sát thân bằng lực của chân và chia tải thành nhiều lần.

Hoạt động thể lực toàn thân như đi bộ, đạp xe hoặc bơi được duy trì đều đặn theo dung nạp. Với công việc có nguy cơ tái phát, NB cần tập thử thao tác bằng tải nhẹ, điều chỉnh chiều cao mặt làm việc và xen kẽ nghỉ. Theo dõi tại nhà gồm đau, hướng lan, tê, sức cơ và khả năng sinh hoạt; tái lượng giá khi triệu chứng kéo dài, tái phát nhiều lần hoặc ảnh hưởng tăng dần đến chức năng.

Các dấu hiệu cờ đỏ vẫn phải được nhắc lại trong quá trình theo dõi. Khi xuất hiện yếu lực tiến triển, rối loạn tiểu tiện, tê vùng yên ngựa, dáng đi mất vững hoặc dấu hiệu tủy, NB cần được đánh giá chuyên khoa ngay thay vì tiếp tục tự tập.

IV. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

1. Đại cương

Viêm khớp dạng thấp là bệnh khớp tự miễn mạn tính, đặc trưng bởi viêm nhiều khớp và có thể tiến triển gây phá hủy khớp. Bệnh thường ảnh hưởng các khớp ngoại biên và có tính chất đối xứng. Đau, sưng, cứng khớp, teo cơ, giảm sức cơ và biến dạng làm NB giảm khả năng vận động, cầm nắm và tự chăm sóc. Thời gian mắc bệnh càng dài, nguy cơ hạn chế lao động và phụ thuộc chức năng càng tăng.

Điều trị thuốc kiểm soát hoạt tính bệnh là nền tảng để hạn chế tổn thương khớp. PHCN được phối hợp trong mọi giai đoạn nhằm bảo vệ khớp, duy trì vận động và chức năng. Mức độ tập phải thay đổi theo tình trạng viêm. Chương trình phù hợp trong giai đoạn ổn định có thể trở nên quá tải khi khớp sưng đau tăng; ngược lại, nghỉ kéo dài sau khi viêm giảm sẽ làm tăng cứng khớp và yếu cơ.

Nhận biết cơ bản dựa trên viêm nhiều khớp, thường đối xứng, ưu thế ở cổ tay, khớp bàn - ngón và liên đốt gần; khớp sưng, đau, ấm, cứng buổi sáng kéo dài và giảm vận động. NB có thể mệt, giảm sức bền và giảm khả năng cầm nắm. Xét nghiệm thường dùng gồm yếu tố dạng thấp, kháng thể kháng CCP, tốc độ lắng máu và CRP; siêu âm hoặc X-quang hỗ trợ đánh giá viêm màng hoạt dịch và tổn thương cấu trúc.

Tiêu chuẩn phân loại ACR/EULAR 2010 áp dụng khi có ít nhất một khớp viêm mà không được giải thích tốt hơn bởi bệnh khác. Điểm được tính theo bốn nhóm: số lượng và vị trí khớp tổn thương, huyết thanh RF hoặc anti-CCP, phản ứng pha cấp CRP hoặc tốc độ lắng máu, và thời gian triệu chứng dưới hay từ sáu tuần trở lên. Tổng điểm từ 6/10 trở lên phù hợp phân loại viêm khớp dạng thấp.

Đây là tiêu chuẩn phân loại hỗ trợ chẩn đoán, cần được sử dụng cùng đánh giá lâm sàng và chẩn đoán phân biệt.

Viêm kéo dài gây phá hủy sụn, xương và hệ thống gân - dây chằng, dẫn đến cứng khớp, co rút và biến dạng. Ở bàn tay có thể gặp lệch trụ các ngón, biến dạng cổ cò, khuy áo, bán trật khớp và mất vững cổ tay; ở chi dưới có thể biến dạng gối, cổ chân hoặc bàn chân. Các hậu quả này làm giảm lực cầm, giảm thao tác tinh, khó cầm thìa, cài cúc, vệ sinh cá nhân, chuẩn bị thức ăn, làm việc nhà và thực hiện nghề nghiệp; tổn thương chi dưới làm hạn chế đứng, đi và lên xuống cầu thang.

2. Lượng giá

Lượng giá tại khớp gồm số lượng và vị trí khớp đau, sưng, mức độ cứng khớp, biến dạng, tầm vận động và sức cơ. Tại bàn tay, cần quan sát trục cổ tay, các khớp bàn ngón và liên đốt, đồng thời đánh giá cầm nắm và thao tác tinh. Có thể sử dụng lực kế để đo lực cầm nắm khi có thiết bị. Ở tuyến cơ sở, các nhiệm vụ như mở vòi nước, cài cúc, cầm bút, mở nắp lọ và cầm dụng cụ ăn uống phản ánh trực tiếp khả năng hoạt động.

Lượng giá cần xác định giai đoạn hoạt động của bệnh thông qua mức độ đau, thời gian cứng buổi sáng, số khớp đau và sưng, mệt, chỉ số viêm và điều trị đang sử dụng. Cần phân biệt hạn chế do đau, do viêm hoạt động, do co rút mô mềm hay do biến dạng cố định, vì mục tiêu và phương pháp tập khác nhau.

Chức năng bàn tay được đánh giá bằng tư thế nghỉ, tầm vận động cổ tay - ngón tay, lực cầm, kiểu cầm và các nhiệm vụ hai tay. Ngoài HAQ hoặc ABILHAND, có thể chọn ba đến năm nhiệm vụ có ý nghĩa với NB để theo dõi định kỳ. Chi dưới được đánh giá qua đứng lên, đi, thăng bằng, giày dép và dụng cụ trợ giúp.

Đánh giá toàn thân gồm mức độ mệt, sức bền, dáng đi, khả năng đứng lên và hoạt động sinh hoạt. Thang HAQ có thể được sử dụng để lượng giá mức độ khó khăn trong các hoạt động hằng ngày. Bộ câu hỏi ABILHAND dành cho viêm khớp dạng thấp trong hướng dẫn quy trình kỹ thuật cung cấp các nhiệm vụ cầm nắm và thao tác bàn tay; có thể lựa chọn một số nhiệm vụ phù hợp để theo dõi tại cộng đồng.

3. Mục tiêu phục hồi chức năng

- Giảm đau, giảm sưng và tạo điều kiện cho khớp nghỉ ở tư thế phù hợp.
- Bảo vệ khớp, hạn chế co rút và biến dạng.
- Duy trì hoặc cải thiện tầm vận động.
- Duy trì sức cơ trong giai đoạn viêm và tăng sức mạnh khi bệnh ổn định.
- Cải thiện chức năng bàn tay, thăng bằng, đi lại và sinh hoạt hằng ngày.
- Duy trì sức bền và khả năng tham gia hoạt động xã hội.

4. Phục hồi chức năng theo giai đoạn

Giai đoạn	Mục tiêu ưu tiên	Biện pháp chính
Viêm cấp	Giảm đau sưng, bảo vệ tư thế, duy trì vận động tối thiểu	Nghỉ tương đối, nẹp nghỉ, lạnh, vận động nhẹ, co cơ tĩnh
Bán cấp	Khôi phục tầm vận động và chức năng	Nhiệt phù hợp, chủ động có trợ giúp, kéo giãn nhẹ, kháng trở nhẹ
Ổn định hoặc mạn tính	Tăng sức mạnh, sức bền và độc lập	Tập kháng trở tăng dần, hoạt động trị liệu, đi bộ, bơi, đạp xe

4.1. Giai đoạn viêm cấp

Khớp viêm cấp cần được nghỉ ngơi tương đối để giảm kích thích cơ học, nhưng bất động hoàn toàn kéo dài làm tăng cứng khớp và teo cơ. Khớp được đặt ở tư thế chức năng; không kê gối thường xuyên dưới khoeo vì có thể tạo co rút gấp gối. Khớp cổ tay và bàn tay có thể được cố định bằng nẹp nghỉ vào ban đêm để duy trì tư thế và giảm đau theo chỉ định.

Đối với bàn tay, ưu tiên tư thế chức năng của cổ tay và các ngón, vận động nhẹ từng khớp trong tầm không làm đau tăng và duy trì đối chiếu ngón cái. Tránh bóp bóng cứng, nắm chặt, vặn xoắn hoặc kéo các ngón về phía lệch trụ. Nẹp nghỉ có thể giúp giảm đau và duy trì tư thế nhưng phải vừa, không gây chèn ép, tì đè hoặc làm tăng cứng khớp; tháo nẹp theo hướng dẫn để kiểm tra da và tập nhẹ.

Bảo vệ khớp trong giai đoạn cấp gồm giảm các thao tác lặp lại, dùng hai tay nâng vật, dùng lòng bàn tay hoặc cẳng tay để phân bố lực và bố trí nghỉ xen kẽ. Mục tiêu là duy trì chức năng tối thiểu mà không kích thích thêm tình trạng viêm.

Chườm lạnh có thể thực hiện khoảng 10 đến 15 phút, hai lần mỗi ngày ở khớp viêm. Vận động thụ động hoặc chủ động có trợ giúp được thực hiện nhẹ nhàng, không cố vượt qua đau. Tập co cơ tĩnh cơ tứ đầu đùi và cơ mông giúp duy trì hoạt động cơ mà không tạo vận động lớn tại khớp. Kháng trở mạnh và các hoạt động chịu tải cao không phù hợp trong giai đoạn này.

4.2. Giai đoạn bán cấp

Khi sưng và đau giảm, mục tiêu chuyển dần sang tăng tầm vận động và phục hồi hoạt động. Khớp cổ tay, bàn tay và ngón tay có thể được chuẩn bị bằng paraffin hoặc nhiệt phù hợp, sau đó tập chủ động có trợ giúp, cầm nắm và thao tác. Gân cơ co cứng được kéo giãn nhẹ, tránh lực quá mức. Tập kháng trở bắt đầu ở mức thấp và phải được theo dõi phản ứng của khớp trong ngày tiếp theo.

Tập chức năng bàn tay trong giai đoạn bán cấp gồm gấp - duỗi từng ngón, dạng - khép ngón, đối chiếu ngón cái, trượt gân và cầm vật nhẹ có tay cầm lớn. Sau vận động cơ bản, chuyển sang nhiệm vụ như cầm bút, cầm thìa, cài cúc lớn, mở khóa hoặc chuyển vật nhẹ. Tăng số lần lặp trước khi tăng lực; tránh tập đến mỏi hoặc gây sưng đau kéo dài sang ngày hôm sau.

Nguyên tắc bảo vệ khớp được thực hành ngay trong các nhiệm vụ: giữ cổ tay gần trung gian, tránh lực lệch trụ, tránh kẹp vật lâu giữa ngón cái và ngón trỏ, ưu tiên tay cầm lớn và sử dụng hai tay. Có thể sử dụng nẹp chức năng hoặc nẹp hỗ trợ cổ tay trong hoạt động nếu giúp giảm đau và cải thiện thao tác.

Ở khớp vai, tập có trợ giúp theo hướng dạng và xoay giúp duy trì tầm vận động. Ở khớp háng và gối, tập mạnh cơ tứ đầu đùi và cơ duỗi hông được phối hợp với tập di chuyển. Ở cổ chân và bàn chân, duy trì vận động cổ chân, kéo giãn gân gót khi co rút và sử dụng dụng cụ trợ giúp khi cần giảm tải.

4.3. Giai đoạn ổn định và mạn tính

Khi hoạt tính viêm được kiểm soát, chương trình gồm kéo giãn phòng co rút, tập chủ động có kháng trở để tăng sức mạnh và hoạt động trị liệu để cải thiện sự khéo léo. Đi bộ nhẹ, bơi, đạp xe hoặc thể dục nhịp điệu mức thấp giúp tăng sức bền. Chương trình tăng tiến từ từ và không được làm khởi phát sưng đau kéo dài. Mục tiêu cuối cùng là duy trì khả năng tự chăm sóc, làm việc và tham gia hoạt động phù hợp.

Khi đã có biến dạng bàn tay, mục tiêu không phải ép khớp trở về vị trí giải phẫu mà là bảo tồn phần tầm vận động còn lại, hạn chế biến dạng tiến triển, duy trì khả năng cầm nắm và thích nghi hoạt động. Bài tập được lựa chọn theo từng khớp, tránh lực làm tăng lệch trục. Hoạt động trị liệu tập trung vào các nhiệm vụ NB cần thực hiện, kết hợp nẹp chỉnh hình, dụng cụ trợ giúp và điều chỉnh môi trường.

Dụng cụ trợ giúp có thể gồm thìa hoặc dao cán lớn, bút có thân to, dụng cụ cài cúc và kéo khóa, dụng cụ mở nắp lọ, tay vặn chìa khóa, kẹp gắp, cốc có hai quai, ghế tắm và tay vịn. Với khó đi do biến dạng chi dưới, có thể cân nhắc gậy, khung tập đi, giày hoặc đế chỉnh hình theo lượng giá. Dụng cụ phải phù hợp lực tay, tầm vận động và khả năng sử dụng thực tế; cần cho NB tập thử và kiểm tra an toàn.

5. Dụng cụ trợ giúp và thích nghi hoạt động

Khi đau, yếu cơ hoặc biến dạng làm giảm khả năng sinh hoạt, dụng cụ trợ giúp và thay đổi cách thực hiện nhiệm vụ có thể giúp NB duy trì độc lập. Tay cầm được làm lớn, nhẹ và chống trượt để giảm lực bóp; vật thường dùng đặt trong tầm với; công việc được thực hiện ở tư thế ngồi khi phù hợp. Dụng cụ cần được chọn sau lượng giá chức năng, không sử dụng đồng loạt cho mọi NB.

Bảo tồn năng lượng gồm lập kế hoạch, ưu tiên nhiệm vụ cần thiết, chia công việc thành các bước nhỏ và xen kẽ nghỉ. Cần phối hợp nẹp, dụng cụ mở nắp, dụng cụ cài cúc, cán bút hoặc cán thìa lớn, tay vịn, ghế tắm, gậy hay khung đi tùy hạn chế cụ thể. Hiệu quả được xác định bằng khả năng thực hiện hoạt động an toàn với ít đau và ít trợ giúp hơn.

Hoạt động	Mục tiêu chức năng	Cách điều chỉnh
Cầm cốc hoặc chai nhẹ	Cầm nắm toàn bàn tay	Dùng vật nhẹ, tay cầm lớn, có thể dùng hai tay
Cầm bút	Kiểm soát ngón và cổ tay	Tăng đường kính thân bút để giảm lực bóp
Cài cúc và kéo khóa	Phối hợp hai tay	Dùng cúc lớn hoặc dụng cụ hỗ trợ
Mở nắp lọ	Lực nắm và xoay	Dùng miếng tăng ma sát, tránh cố xoay khi đau
Nhặt vật nhỏ	Khéo léo ngón tay	Tăng dần từ vật lớn đến vật nhỏ

6. Theo dõi và quản lý lâu dài

Theo dõi lâu dài cần phối hợp đánh giá hoạt tính bệnh và đánh giá chức năng. Mỗi lần tái khám cần ghi đau, thời gian cứng buổi sáng, khớp sưng, tầm vận động, sức cơ, mệt, sức bền, chức năng bàn tay, đi lại và mức độ độc lập. Cần hỏi khả năng thực hiện chương trình, phản ứng kéo dài sau tập, tình trạng da khi dùng nẹp và mức độ phù hợp của dụng cụ trợ giúp.

Khi bệnh hoạt động tăng, giảm kháng trở và chịu tải, tăng nghỉ tương đối, duy trì tư thế và vận động nhẹ. Khi bệnh ổn định, tăng dần sức mạnh, sức bền và hoạt động chức năng. Không sử dụng một chương trình cố định cho tất cả NB; bài tập phải được điều chỉnh theo khớp tổn thương, biến dạng, bệnh kèm, mục tiêu sinh hoạt và môi trường sống.

NB và người chăm sóc cần biết cách tự theo dõi sưng đau sau tập, sử dụng nẹp và dụng cụ đúng cách, duy trì hoạt động thể lực vừa sức và bảo vệ khớp trong công việc hằng ngày. Lượng giá lại định kỳ tập trung vào thay đổi chức năng thực tế; khi giảm nhanh sức cơ, tăng biến dạng, mất khả năng tự chăm sóc hoặc dụng cụ không còn phù hợp, cần đánh giá chuyên sâu để điều chỉnh kế hoạch PHCN.

PHCN phải được phối hợp với điều trị kiểm soát bệnh. Thuốc điều chỉnh bệnh, theo dõi tác dụng không mong muốn và đánh giá hoạt tính viêm thuộc kế hoạch điều trị của thầy thuốc; các biện pháp PHCN không thay thế kiểm soát viêm bằng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế. Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014, ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp".
- Bộ Y tế. Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/08/2014, ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng".
- Bộ Y tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Phục hồi chức năng Tập 1. Ban hành kèm theo Quyết định số 3553/QĐ-BYT năm 2025.
- Bộ Y tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Phục hồi chức năng Tập 2. Ban hành kèm theo Quyết định số 3554/QĐ-BYT năm 2025.
- Bộ Y tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Phục hồi chức năng Tập 3. Ban hành kèm theo Quyết định số 3555/QĐ-BYT năm 2025.
- World Health Organization. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. 2023.
- Smolen JS, Edwards CJ, Konzett V, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs: 2025 update. Ann Rheum Dis. 2026 Jun;85(6):991-1009. doi: 10.1016/j.ard.2026.01.023. Epub 2026 Mar 13. PMID: 41826212.
- 2026 Update of the American College of Rheumatology Recommendations for theManagement of Osteoarthritis of the Knee, Hip, and Hand.

CÂU HỎI ÔN TẬP

Câu 1. Mục tiêu của PHCN bệnh cơ xương khớp không chỉ giảm đau mà còn:

A. Duy trì vận động, sức mạnh, chức năng và khả năng tham gia

B. Thay thế hoàn toàn điều trị thuốc

C. Loại bỏ mọi biến đổi cấu trúc

D. Hạn chế mọi hoạt động chịu lực

Câu 2. Khi lượng giá đau, ngoài cường độ đau cần ghi nhận:

A. Vị trí, hướng lan, thời điểm và yếu tố làm tăng giảm

B. Chỉ tuổi người bệnh

C. Chỉ nghề nghiệp

D. Chỉ kết quả X-quang

Câu 3. Trong thoái hóa khớp gối, nhóm cơ cần được chú trọng tăng cường là:

A. Cơ tứ đầu đùi và các cơ kiểm soát chi dưới

B. Chỉ cơ cẳng tay

C. Chỉ cơ cổ

D. Chỉ cơ hô hấp

Câu 4. Khi dùng gậy cho đau khớp háng hoặc gối một bên, thường cầm gậy ở:

A. Cùng bên đau

B. Bên đối diện bên đau

C. Hai tay luân phiên từng bước

D. Bên nào thuận tay, không phụ thuộc bên đau

Câu 5. Với đau cột sống có triệu chứng lan, hướng vận động phù hợp là hướng:

A. Làm đau lan xa hơn

B. Làm triệu chứng khu trú dần về cột sống và giảm đau chi

C. Gây tê tăng nhưng dễ thực hiện

D. Luôn cúi gập tối đa

Câu 6. Dấu hiệu nào là cờ đỏ cần đánh giá khẩn ở đau thắt lưng?

A. Đau giảm khi nghỉ

B. Rối loạn tiểu tiện kèm tê vùng yên ngựa

C. Cứng lưng buổi sáng ngắn

D. Đau sau ngồi lâu

Câu 7. Trong đợt viêm cấp của viêm khớp dạng thấp, chương trình phù hợp là:

A. Kháng trở mạnh đến mỏi

B. Nghỉ tương đối, đặt tư thế đúng và vận động nhẹ trong tầm không tăng đau

C. Bất động hoàn toàn kéo dài

D. Kéo giãn mạnh khớp sưng

Câu 8. Nguyên tắc bảo vệ khớp bàn tay là:

A. Dùng tay cầm lớn, phân bố lực và tránh vặn xoắn kéo dài

B. Bóp bóng cứng nhiều lần

C. Kẹp vật lâu giữa ngón cái và ngón trỏ

D. Mang vật nặng bằng một tay

Câu 9. Sau tập, dấu hiệu nào cho thấy cần giảm mức độ tập?

A. Khớp sưng đau kéo dài sang ngày hôm sau

B. Cảm giác ấm cơ nhẹ và hết nhanh

C. Thực hiện động tác dễ hơn

D. Tăng khả năng đi lại

Câu 10. Hiệu quả của dụng cụ trợ giúp được xác định tốt nhất bằng:

A. Giá thành của dụng cụ

B. Khả năng thực hiện hoạt động an toàn với ít đau và ít trợ giúp hơn

C. Kích thước của dụng cụ

D. Số lần được hướng dẫn

ĐÁP ÁN CÂU HỎI ÔN TẬP

Bài 1. QUẢN LÝ SỨC KHỎE NGƯỜI KHUYẾT TẬT THEO CÁC QUY ĐỊNH HIỆN HÀNH

1 - B	2 - A	3 - C	4 - C	5 - B
6 - A	7 - B	8 - B	9 - A	10 - C

Bài 2. TỔNG QUAN VỀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THEO NHÓM ĐA NGÀNH

1 - B	2 - B	3 - B	4 - A	5 - B
6 - A	7 - A	8 - B	9 - B	10 - A

Bài 3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU ĐỘT QUỴ VÀ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

1 - A	2 - B	3 - A	4 - B	5 - A
6 - B	7 - B	8 - B	9 - B	10 - B

Bài 4. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG MỘT SỐ BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP THƯỜNG GẶP

1 - A	2 - A	3 - A	4 - B	5 - B
6 - B	7 - B	8 - A	9 - A	10 - B