

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

(Ban hành theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của Bệnh viện Nhi Thái Bình)

PHẦN XIII. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG 808

1.	Phác đồ điều trị rối loạn phổ tự kỷ (F84.0) 808	
2.	Phác đồ điều trị tăng động giảm chú ý (F90) 814	
3.	Phác đồ điều trị rối loạn phát âm (F80) 820	
4.	Phác đồ điều trị chậm phát triển ngôn ngữ ở trẻ em (F80) 825	
5.	Phác đồ điều trị chậm phát triển tâm thần vận động (F70 – F72) 831	
6.	Phác đồ điều trị chậm phát triển tâm thần (F70-F79) 835	
7.	Phác đồ điều trị chậm phát triển trí tuệ (F78) 839	
8.	Phác đồ điều trị rối loạn giấc ngủ ở trẻ em 848	
9.	Phác đồ điều trị các rối loạn tic (F95) 853	
10.	Phác đồ điều trị PHCN bại não trẻ em (G80) 856	
11.	Phác đồ điều trị PHCN bàn chân khoèo bẩm sinh (Q66.0) 866	
12.	Phác đồ điều trị PHCN cong vẹo cột sống (M41) 870	
13.	Phác đồ điều trị PHCN đau thần kinh ngoại biên (G61) 877	
14.	Phác đồ điều trị PHCN di chứng viêm não trẻ em (B94.1) 882	
15.	Phác đồ điều trị PHCN ngón tay lò xo (M65.3) 886	
16.	Phác đồ điều trị PHCN liệt đám rối thần kinh cánh tay (G54.0) 889	
17.	Phác đồ điều trị PHCN liệt mềm (G81.0 - G82.3) 896	
18.	Phác đồ điều trị PHCN liệt thần kinh quay (G56.3) 901	
19.	Phác đồ điều trị PHCN liệt VII ngoại biên (G51 – G51.0) 905	
20.	Phác đồ điều trị PHCN cứng khớp sau bó bột 909	
21.	Phác đồ điều trị PHCN vẹo cổ bẩm sinh (G24.3, M43.6) 912	
22.	Phác đồ điều trị PHCN vẹo cổ cấp (G24.3; M43.6) 916	
23.	Phác đồ điều trị PHCN viêm đa rễ, đa dây thần kinh (G61) 918	
24.	Phác đồ điều trị PHCN viêm khớp dạng thấp 922	

25.	Phác đồ điều trị PHCN viêm khớp thiếu niên (M08 – M09.8)	927
		
26.	Phác đồ điều trị PHCN xơ hoá cơ delta, cơ cánh tay.....	931
27.	Phác đồ điều trị PHCN xơ hóa cơ tứ đầu đùi (S76.1)	936
		
28.	Phác đồ điều trị PHCN xơ hóa cơ ức đòn chũm (Q68.0)	939
29.	Phác đồ điều trị PHCN chậm phát triển vận động (F82)	943
		
30.	Phác đồ điều trị PHCN bàn chân bẹt (Q66.5)	947
		

PHẦN XIII. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ (F84.0)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. KHÁI NIỆM

Tự kỷ là một khuyết tật phát triển tồn tại kéo dài suốt đời, khuyết tật này ảnh hưởng đến giao tiếp và tương tác của người tự kỷ với những người khác. Nó cũng ảnh hưởng đến cảm nhận của họ đến thế giới xung quanh họ.

Rối loạn phổ tự kỷ: là rối loạn phát triển tâm thần – thần kinh phức tạp.

Đặc trưng bất thường ở 2 lĩnh vực :

Suy giảm giao tiếp xã hội.

Hành vi, sở thích, rập khuôn, lặp lại .

Biểu hiện từ nhỏ, thường dưới 36 tháng .

Ảnh hưởng đến các chức năng quan trọng, khả năng thích ứng, nhưng ảnh hưởng nhiều nhất đến kỹ năng giao tiếp và quan hệ xã hội.

NGUYÊN NHÂN

1. Tổn thương não

- Các tế bào xơ của hệ thống mô thần kinh: Không có sự kết nối với các phần

riêng biệt của não, do đó các vùng này sẽ làm việc độc lập.

Hoạt động bất thường của neuron thần kinh trong và xung quanh các vùng não riêng gây ảnh hưởng đến hành vi xã hội và cảm xúc.

Tiểu não, vùng não limbic, tại trung ương bao gồm vùng cá ngựa và amygdal của trẻ nhỏ hơn và có nhiều tế bào tập trung dày đặc với đặc điểm không bình thường.

Bất thường thể trai, thân não và thùy trán có liên quan đến tự kỷ.

Sự khác biệt trong dẫn truyền thần kinh, thông tin hóa học của hệ thần kinh: Nồng độ chất dẫn truyền thần kinh Serotonin cao hơn ở một số người tự kỷ gây ảnh hưởng đến hệ thống não và thần kinh.

Các tổn thương não xảy ra các giai đoạn trước, trong và sau sinh:

Các yếu tố nguy cơ trước sinh:

Khi mang thai mẹ bị các bệnh/tình trạng sau có nguy cơ có con tự kỷ:

Nhiễm virus như cúm, sởi, rubella; Cytomegalovirus,...

Mắc các bệnh: đái tháo đường, tiền sản giật, bị suy giáp lúc mang thai, suy giáp bẩm sinh.

Dùng thuốc Thalidomide, axit Valproic...

Nghiện cocain, rượu, thuốc lá.

+ Sang chấn tâm lý.

Các yếu tố nguy cơ trong sinh: + Đẻ non.

+ Can thiệp sản khoa (mổ đẻ, forcep, chấn thương sọ não) . + Ngạt sau sinh.

+ Cân nặng khi sinh thấp (dưới 2.500 g)

Các yếu tố sau sinh:

Vàng da sơ sinh bất thường.

Xuất huyết não.

Thiếu oxy não.

Chấn thương sọ não.

Viêm não, viêm màng não.

Sốt cao co giật.

2. Yếu tố di truyền

Hiện nay tự kỷ đã được xác định là có liên quan đến gen và tỷ lệ tự kỷ do gen chiếm khoảng 10 %.

Yếu tố môi trường

Cả gen và môi trường có liên quan đến sự phát triển của tự kỷ: + Sang chấn tâm lý và gen

+ Tự kỷ thứ phát: Các nguyên nhân đã biết gây tự kỷ thứ phát như phơi nhiễm

nhiễm môi trường: tăng nồng độ các kim loại nặng trong máu, tóc, răng trẻ tự kỷ như asen, thủy ngân, chì...

+ Dinh dưỡng: Sữa và tự kỷ: Một số trẻ bị dị ứng với gluten và casein trong sữa được coi là có liên quan đến tự kỷ.

+ Cách chăm sóc và giáo dục trẻ

- Thiếu giao tiếp giữa bố mẹ và con
cái. - Thiếu giao tiếp xã hội.

+ Tuổi của bố và mẹ trên 35 tuổi nguy cơ có con mắc tự kỷ
cao. + Tình trạng kinh tế xã hội.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng

Theo chẩn đoán các rối loạn tâm thần (DSM-IV):

Tiêu chuẩn 1: Tổng số 6 hoặc nhiều hơn các tiêu chí từ nhóm (A),(B)và (C)
với ít nhất 2 tiêu chí nhóm (A) và 1 tiêu chí của nhóm (B),(C).

Suy giảm chất lượng trong tương tác xã hội thể hiện ít nhất ở 2 trong số các biểu hiện:

- Giảm rõ rệt trong việc sử dụng hành vi không lời một cách đa dạng.
- Không tạo ra được các mối quan hệ cùng lứa phù hợp với mức độ phát triển. - Thiếu đi sự tìm kiếm để chia sẻ niềm vui, sở thích hay những thành quả của

công việc với người khác.

- Thiếu đi sự trao đổi qua lại về tình cảm và xã hội .

Suy giảm chất lượng về giao tiếp (có 1 trong số các biểu hiện sau):

Chậm hoặc hoàn toàn không phát triển kỹ năng nói .

Với những trẻ nói được thì suy giảm rõ rệt khả năng khởi đầu hoặc duy trì hội thoại .

Sử dụng ngôn ngữ rập khuôn lặp lại hoặc ngôn ngữ khác thường.

Thiếu những hoạt động hoặc chơi đa dạng .

Những kiểu hành vi, mối quan tâm và những hoạt động bị thu hẹp, lặp lại, rập khuôn thể hiện ít nhất ở 1 trong những biểu hiện sau:

Quá bận tâm tới 1 hoặc 1 số những mối quan hệ mang tính rập khuôn và thu hẹp với sự tập trung hoặc cường độ bất thường.

Kết gắn cứng nhắc với những thói quen hoặc nghi thức đặc biệt không mang tính chức năng .

Có những vận động mang tính rập khuôn, lặp lại .

Bận tâm dai dẳng tới chi tiết của đồ vật.

Tiêu chuẩn 2: chậm hoặc chức năng không bình thường xuất hiện trước 3 tuổi

Tiêu chuẩn 3: Trẻ không có rối loạn Rett hoặc rối loạn tan rã .

1.2. Cận lâm sàng

Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu thường quy, sắt, kẽm, chức năng tuyến giáp

Điện não đồ.

Trắc nghiệm tâm lý: CARS, M-CHAT, RAVEN, Vandebilt, Denver.

Test DBC-P, ASQ ...

Chụp cộng hưởng từ sọ não, chụp cắt lớp vi tính sọ não.

Các xét nghiệm chuyên khoa: đo thính lực, khám răng hàm mặt ...

1.3. Chẩn đoán mức độ tự kỷ: Dựa theo thang chấm điểm (CARS)

Thang cho điểm tự kỷ ở trẻ em gồm 15 lĩnh vực:

Mỗi lĩnh vực được cho điểm từ 1 đến 4 điểm theo mức độ đánh giá từ nhẹ đến nặng. Mức độ tự kỷ được tính theo tổng số điểm của 15 lĩnh vực nói trên:

Từ 15 đến 30 điểm: Không tự kỷ.

Từ 31 đến 36 điểm: Tự kỷ nhẹ và vừa.

Từ 37 đến 60 điểm: Tự kỷ nặng.

1.4. Chẩn đoán phân biệt

Chậm phát triển tâm thần.

Tăng động giảm chú ý.

Khiếm thính.

Nguyên tắc điều trị, phục hồi chức năng

- Điều trị càng sớm càng tốt

- Điều trị toàn diện, liên tục : Bao gồm chương trình can thiệp hành vi, ngôn

ngữ trị liệu, hoạt động trị liệu, chơi trị liệu và can thiệp tại nhà

Thuốc: Không có thuốc điều trị tự kỷ. Sử dụng một số loại thuốc để làm tăng khả năng tập trung, giảm tăng động và điều chỉnh hành vi

- Thuốc giảm tăng động (Clonidin, Risperdal)

- Thuốc giảm hung tính (Haloperidol: dò liều sử dụng) - Thuốc điều chỉnh cảm xúc (Tegretol)

- Điều trị kém tập trung: Fluoxetine, Setroline, Citicolin (Somazina, Trausan, Neurocolin...)

- Động tác lặp lại định hình (Zoloft): Cebrolysin, Marinplus, Pho-L - Thuốc tăng cường tuần hoàn não (Nootropin, Lucidrin...)

- Magie B6, Canxi...

Các phương pháp và kỹ thuật Phục hồi chức năng

3.1. Phân tích hành vi ứng dụng (ABA)

Quan sát trực tiếp hành vi của trẻ

Sử dụng các kích thích, tiền hành vi và hậu hành vi

Đo lường hành vi bất thường (tần suất, thời gian, mức độ, địa điểm...)

Phân tích chức năng mối liên hệ giữa môi trường và hành vi

Mô tả và phân tích chức năng của hành vi

Mô hình ABC-Là cơ sở của phương pháp “ Phân tích hành vi ứng dụng”

Phân tích hành vi bằng sử dụng mô hình ABC gồm:

- Tiền hành vi (Antecedent: Là 1 hướng dẫn hoặc 1 yêu cầu trẻ thực hiện 1 hành động)

- Hành vi (Behavior): là đáp ứng của trẻ

- Hậu hành vi (Consequence): là đáp ứng của người chăm sóc/trị liệu trẻ có thể dao động từ các củng cố hành vi dương

Dựa vào kết quả Phân tích hành vi ABC người can thiệp tiến hành thực hiện các kỹ thuật can thiệp ABA cho trẻ tự kỷ.

3.2. Các hoạt động trị liệu

3.2.1. Ngôn ngữ và giao tiếp

Huấn luyện về giao tiếp sớm (tập giao tiếp): Tập trung, bắt chước, chơi đùa, Giao tiếp bằng cử chỉ, tranh ảnh và kỹ năng xã hội

Huấn luyện các kỹ năng ngôn ngữ

Bao gồm: hiểu ngôn ngữ, diễn đạt ngôn ngữ, kỹ năng ở nhà trường

Sửa lỗi phát âm: Nói ngọng, nói lắp ...

3.2.2. Tập điều hợp vận động:

Vận động tinh: là các cử động nhỏ của bàn tay, cổ tay, ngón tay, ngón chân, môi và lưỡi

Vận động thô: Là sự phối hợp của các nhóm cơ lớn của cơ thể trẻ gồm: đi, chạy, đá, ném, kéo, đẩy, leo, trèo, lăn, bò...phối hợp giác quan và các chi

3.2.3. Kỹ năng sinh hoạt hàng ngày: ăn, uống, tắm rửa, mặc quần áo, đi giày và tất, đi vệ sinh. Chăm vật nhỏ, viết, vẽ, dùng kéo cắt dán

3.2.4. Trị liệu tâm lý: Giúp trẻ tiếp cận với thế giới đồ vật và đồ chơi, giúp khám phá thế giới quanh mình một cách tự tin

3.2.5. Các câu chuyện xã hội: Là cung cấp cấu trúc sắp xếp hình ảnh để dạy các kỹ năng xã hội và làm giảm hành vi bất thường. Lợi thế tiềm năng của các câu chuyện xã hội, là để học các kỹ năng xã hội để tạo ra các kỹ năng mới

3.2.6. Thủy trị liệu: Làm giảm căng thẳng, giảm bớt những hành vi không mong muốn, tăng khả năng tương tác và giao tiếp

3.2.7. Massage điều hòa cảm giác: Điều hòa cảm giác là điều trị trẻ bị rối loạn cảm xúc giác, thị giác, thính giác, mùi vị, sờ, thăng bằng

3.2.8. Hoạt động nhóm

Chơi tập thể nhóm nhỏ

Chơi tập thể nhóm lớn hơn

Tổ chức các phòng chơi hoặc khu vui chơi tập thể

3.2.9. Âm nhạc trị liệu: Là gắn kết đứa trẻ vào quá trình tương tác, xây dựng sự mong muốn giao tiếp với người khác, có thể phối hợp các bài hát trẻ em liên quan đến bài tập đang dạy để kích thích trẻ tăng cường tập trung, hứng thú học hơn

3.2.10. Tư vấn gia đình - trị liệu tại nhà

Giáo dục hòa nhập mầm non.

Giáo dục đặc biệt.

Chương trình học tập thích hợp với khả năng và xu hướng của trẻ.

Hướng dẫn cho cha mẹ nội dung can thiệp tại gia đình

3.3.11. Trò chơi và máy tính: Cần cho trẻ làm quen với máy tính để phát hiện khả năng tiềm tàng của trẻ. Thời gian học khoảng 30 phút /ngày.

Điện châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt: Các huyệt Ấn đường, Thái dương, Bách hội, Tứ thần thông, Suất cốc, Thính cung, Phong trì, Thượng liên tuyền, Khúc trì, Nội quan, Tam âm giao, Thận du, Thần môn, Thái xung, Thái khê, Thượng tinh, Giản sử, Phong phủ.

Điện kích thích phát âm

Sử dụng máy VOCASTIM là máy hỗ trợ việc kích thích tạo ra âm thanh và lời nói của trẻ. Trẻ được sử dụng 15 phút/ ngày

V. TIỀN LƯỢNG

- Nếu được chẩn đoán và can thiệp sớm trẻ có thể đi học, hòa nhập .

VI. PHÒNG BỆNH

- Phụ nữ nên sinh con trước tuổi 35.
- Sàng lọc trước sinh.

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các bệnh nhân từ kỷ từ mức độ nhẹ đến nặng.

- Các bệnh lý đi kèm: Tăng động giảm chú ý, rối loạn lo âu, rối loạn hành vi ...

VII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

Bộ Y tế (2018) Hướng dẫn phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ em khuyết tật

Bộ y tế (2015) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015.

Bộ y tế (2014) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng. Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014.

2. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý (F90)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Tăng động giảm chú ý (ADHD) là một hội chứng xuất hiện trước 5 tuổi, bao gồm các hành vi hoặc hoạt động quá mức, khó kiểm chế với sự thiếu tập trung rõ rệt và thiếu kiên trì trong công việc. Các biểu hiện trên có thể kéo dài trong nhiều năm.

II. NGUYÊN NHÂN

Do thiếu hụt chất dẫn truyền thần kinh trong não: Thiếu GABA (gamma amino butyric acid), đây là một chất dẫn truyền ức chế vô cùng quan trọng.

Các yếu tố di truyền (gen): Một số nghiên cứu đã tìm thấy bằng chứng có sự liên hệ giữa tăng động giảm chú ý và các yếu tố di truyền.

- Gặp nhiều ở các cặp song sinh: 51% cặp song sinh cùng trứng và 33% ở các cặp song sinh khác trứng.

- Một số sự khác biệt trong chức năng của não: quá trình trao đổi ở não thấp hơn mức bình thường ở trẻ mắc ADHD.

- Phát hiện thấy trẻ nam mắc ADHD có thùy trán nhỏ hơn đáng kể

Ảnh hưởng của các chất độc hại từ môi trường: Nhiễm chất độc nicotine có thể liên quan đến chứng ADHD.

Các nhân tố tâm lý:

Mẹ kém kiên trì

Trẻ tăng hoạt động để tăng sự chú ý của người khác

Yếu tố khác: Nếu trong quá trình mang thai, mẹ làm dụng rượu, bia, ma túy, thuốc lá hoặc trẻ bị nhẹ cân khi sinh, tiếp xúc với chì trước 6 tuổi thì nguy cơ trẻ mắc chứng rối loạn sẽ cao hơn những trẻ khác.

III. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác

định a) Lâm sàng

Tiêu Chuẩn 1:

+ Nhóm 1: Nhóm triệu chứng giảm chú ý: có ít nhất 6 triệu chứng dưới đây tồn tại ít nhất trong 6 tháng, những triệu chứng này gây hậu quả trẻ khó thích ứng và thiếu hài hòa so với những trẻ khác cùng trang lứa.

- Thường xuyên không thể chú ý tới các chi tiết hoặc mắc những những lỗi đại dốt khi làm bài ở trường, trong công việc hoặc trong các hoạt động khác.

- Thường xuyên gặp khó khăn duy trì tập trung chú ý vào công việc hay những trò chơi.

- Thường xuyên tỏ ra lơ đãng khi người khác nói chuyện với mình.

Thường xuyên không tuân thủ các quy định, không hoàn tất bài tập ở trường, công việc và nhiệm vụ được giao ở nhà hay ở cơ quan (không phải do chống đối hay không hiểu công việc được giao).

Thường xuyên gặp khó khăn trong việc tổ chức, sắp xếp công việc hay các hoạt động khác trong sinh hoạt.

Thường xuyên né tránh hoặc thực hiện một cách miễn cưỡng những công việc cần sự tập trung (bài tập về nhà hay học ở trường).

Thường xuyên đánh mất các vật dụng cần thiết cho công việc, học tập như sách vở, bút, thước v.v...

Thường xuyên bị chi phối dễ dàng bởi các kích thích xung quanh.

Thường xuyên quên trong hoạt động, sinh hoạt thường ngày.

Nhóm 2: Triệu chứng tăng động: có ít nhất 3 trong các triệu chứng dưới đây thời gian tồn tại ít nhất trong 6 tháng, những triệu chứng này gây hậu quả trẻ khó thích ứng và thiếu hài hòa so với các trẻ cùng trang lứa.

- Luôn ngo ngoáy chân tay hay uốn éo, vặn vẹo mình trên ghế.

- Luôn nháp nhồm đứng lên trong lớp học hoặc ở những nơi cần phải ngồi yên trên ghế.

- Chạy nhảy, leo trèo khắp nơi ở những nơi không cho phép (nếu là trẻ vị thành niên hay người trưởng thành có thể chỉ có cảm giác bồn chồn, khó chịu)

- Thường xuyên gặp khó khăn trong việc tuân thủ luật lệ của các trò chơi hoặc các hoạt động giải trí.

- Vận động liên tục không biết mệt mỏi.

Nhóm 3: Triệu chứng xung động: có ít nhất một trong các triệu chứng dưới đây thời gian tồn tại ít nhất 6 tháng, triệu chứng này gây hậu quả trẻ khó thích ứng và thiếu hòa hợp so với các trẻ cùng trang lứa.

- Thường xuyên bật ra những câu trả lời khi chưa nghe hết câu hỏi. - Thường xuyên gặp khó khăn mỗi khi phải chờ đợi đến lượt mình. - Thường xuyên áp đặt, ngắt lời người khác.

- Nói quá nhiều.

Tiêu Chuẩn 2: Những Rối Loạn Này Xuất Hiện Trước 5 Tuổi.

Tiêu Chuẩn 3: các triệu chứng này không chỉ xuất hiện ở một hoàn cảnh nào đó mà phải xuất hiện ít nhất là 2 hoàn cảnh khác nhau. Ví dụ kết hợp giữa nhóm triệu chứng giảm chú ý và tăng động vừa xuất hiện ở nhà và ở trường học hay xuất hiện ở trường học và ở những nơi khác khi trẻ được quan sát như tại nơi khám bệnh (thông tin cũng cần phải được tổng hợp từ nhiều nguồn khác nhau).

Tiêu Chuẩn 4: những triệu chứng ở nhóm 1 và nhóm 3 gây nên sự khó khăn hoặc một sự giảm sút rõ rệt các chức năng xã hội, học tập và trong nghề nghiệp.

Tiêu Chuẩn 5: loại trừ chẩn đoán rối loạn quá trình phát triển xâm lấn, giai đoạn hưng cảm, giai đoạn trầm cảm, rối loạn lo âu.

Các tiêu chuẩn chẩn đoán ADHD thể hỗn hợp:

Là sự kết hợp đan xen cả hai tiêu chuẩn của thể tăng động và giảm chú ý.

b) Cận lâm sàng:

Trắc nghiệm trí tuệ: WICS IV, DENVER,...

Trắc nghiệm nhân cách: MMPI

Thang tăng động Vandebilt.

Đánh giá sự phát triển theo tuổi và giai đoạn (ASQ): Áp dụng với trẻ từ 5 tuổi trở xuống.

Test Raven cho trẻ trên 6 tuổi.

Điện não đồ.

XN máu: Công thức máu, **sinh hóa máu**, chức năng gan thận, chức năng tuyến giáp, định lượng chất đồng, chì ... trong máu (khi cần), các xét nghiệm về chất gây nghiện khi nghi ngờ.

2. Chẩn đoán phân biệt

Rối loạn lưỡng cực loại I và loại II có tính chu kỳ có xen kẽ những giai đoạn trầm cảm.

Rối loạn lo âu thường xuyên xuất hiện ở một số hoàn cảnh đặc biệt.

Rối loạn phân ly thường gắn với nguyên nhân tâm lý xuất hiện từng cơn.

Trầm cảm một số trường hợp loạn giảm chú ý - tăng động bị trầm cảm thứ phát do những thất bại trong quan hệ xã hội, học tập, nghề nghiệp.

Tâm thần phân liệt thường xuất hiện ở tuổi lớn hơn kèm các triệu chứng tự kỷ, thiếu hòa hợp điển hình.

Tic thường là các rối loạn vận động ngôn ngữ mang tính định hình.

Rối loạn hành vi chống đối.

Sử dụng, lạm dụng chất.

Rối loạn thích ứng.ệnh tuyến giáp.

Tự kỷ

Chậm phát triển tinh thần

1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị ngay khi phát hiện.

Kiên trì trong quá trình điều trị.

Phối hợp tích cực giữa gia đình và nhà trường.

Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

- Hãy chỉ rõ hành vi thích hợp khi đưa ra lời khen:

Đưa ra lời khen ngay lập tức.

Thay đổi cách diễn đạt lời khen.

Lời khen cần nhất quán và trung thực.

Lờ đi hành vi không thích hợp một cách có lựa chọn.

Cắt những vật gây mất tập trung.

Hãy mang đến sự lôi cuốn trong im lặng.

Cho phép chỗ thoát ra của “van thoát hơi”

Cho phép trẻ mắc tăng động giảm chú ý rời khỏi lớp học một lúc, có thể để làm một việc vặt nào đó (như mang sách trả thư viện), có thể là một cách tốt để trẻ lắng dịu xuống và cho phép trẻ quay về phòng học để sẵn sàng tập trung trở lại.

- Cùng cố hoạt động. - Giúp đỡ vượt rào.

- Trao đổi với phụ huynh.

- Nói chuyện với bạn bè cùng lớp : Nhờ sự tác động của 1 số bạn bè - Học kỹ năng xã hội trong lớp học.

- Học kỹ năng giải quyết vấn đề.

- Đánh giá hành vi chức năng (Functional Behavioral Assessment -FBA)

Quan sát hành vi và nhận diện những đặc điểm khó hiểu.

Nhận diện những hoạt động hay sự kiện gì có trước và theo sau hành vi.

Xác định mức độ thường xuyên xuất hiện của hành vi.

3. Các điều trị khác

3.1. Liệu pháp thư giãn:

Gồm 2 loại: Thư giãn động, căng - chùng cơ và Thư giãn tĩnh - dựa vào tưởng tượng.

+ Thư giãn động, căng - chùng cơ: Trẻ em từ 6 tuổi trở nên có thể tập thư giãn động được, tuy nhiên bác sĩ trị liệu cần biết cách “chế biến” các động tác thành các trò chơi. Ví dụ như thi uốn dẻo, tập đi cầu thăng bằng, tập đứng một chân, tập chui qua đường hầm.

+ Thư giãn tĩnh - dựa vào tưởng tượng: Áp dụng với trẻ lớn trên 10 tuổi.

3.2. Liệu pháp trò chơi:

Chọn chủ đề phù hợp với mục đích trị liệu của bác sĩ và hứng thú của trẻ

3.3. Liệu pháp củng cố

Củng cố tích cực: Xảy ra khi một điều gì đó (thường là cái trẻ mong muốn) bổ sung vào làm tăng khả năng xuất hiện lại của hành vi.

Củng cố tiêu cực: Xảy ra khi một cái gì đó (thường là cái trẻ không mong muốn) được dỡ bỏ hoặc lãng tránh, nhờ đó làm tăng khả năng xuất hiện lại của hành vi.

+ Các bước tiến hành:

Nhận diện “cái củng cố”.

Sử dụng “cái củng cố” để duy trì và tăng cường một hành vi được chọn là mục tiêu trị liệu.

Tăng cường hành vi thích nghi để làm giảm một hành vi kém thích nghi.

3.4. Liệu pháp nhóm

+ Liệu pháp tâm lý nhóm là quá trình gồm 4 giai đoạn:

Tập hợp trẻ thành nhóm, bắt đầu bằng các hoạt động cùng.

Tổ chức trẻ vào cùng một nhóm và tiến hành trò chơi để điều chỉnh.

Giai đoạn tiếp theo là kể chuyện, những chuyện kể được chuẩn bị trước và từng người lần lượt kể.

Giai đoạn cuối cùng là thảo luận nhóm để mở rộng tầm nhìn và phát triển tự

thức của trẻ.

3.5. Liệu pháp tâm lý gia đình

Điều chỉnh các mối quan hệ không thuận lợi trong gia đình thường bao gồm những phần việc sau đây:

Thảo luận với bố mẹ hoặc thành viên trong gia đình về kết quả thăm khám

Tiến hành đồng thời các liệu pháp tâm lý với trẻ và bố mẹ.

Bác sĩ tâm lý nên đưa ra một pháp đồ điều trị cho trẻ gồm một nhóm các liệu pháp tâm lý thích hợp. Đồng thời giúp bố mẹ tìm kiếm cách giải quyết hợp lý những mâu thuẫn trong gia đình.

Methylphenidate: Được chỉ định cho trẻ từ 6 tuổi trở lên. Thuốc dạng tác dụng thông thường ngày uống 2 đến 3 lần vì tác dụng chỉ kéo dài trong vòng 2 đến 3 giờ. Loại tác dụng kéo dài chỉ dùng 1 lần/ ngày.

+ Liều lượng và cách dùng: với loại thường Ritalin liều khởi đầu 5mg uống 2 đến 3 lần/ngày. Cứ mỗi 3 ngày tăng liều từ 5 đến 10mg cho đến liều có tác dụng. Liều tối đa không quá 60mg/ngày.

+ Loại tác dụng kéo dài: Concerta

+ Trẻ 6-12 tuổi liều đầu 18mg 1 ngày, liều tăng dần từ 18-54 mg.

+ Thiếu niên từ 13-17 tuổi liều khởi đầu 18mg/1 ngày, khoảng liều 18-72 mg/1 ngày (không quá 2mg/1kg).

Clonidine:

Đồng vận α Adrenergic là lựa chọn thứ 3 đối với các trường hợp kèm rối loạn Tic, hội chứng Gilles de la Tourette và có những hành vi gây hấn.

Liều lượng : liều trung bình 0,1 đến 0,25mg/ngày. Khởi đầu từ 0,025mg đến 0,05mg/ngày chia 2 lần cứ sau 3 đến 7 ngày tăng thêm 0,025 đến 0,05mg.

- Kết hợp thuốc:

Methylphenidate - dexamethylphenidate hoặc Dextroamphetamine	và Clonidine
---	--------------

Có tác dụng tăng cường trong tăng động, gây hấn, mất ngủ 50 - 80%. Một số trường hợp khác như Tic, rối loạn chống đối.

Risperidone: Liều lượng: 0.05mg/kg, dò liều.

V. TIỀN LƯỢNG

Tăng động giảm chú ý thường tiếp diễn đến tuổi trưởng thành, ảnh hưởng đến cuộc sống, học tập của trẻ. Chẩn đoán và điều trị sớm có thể làm giảm triệu chứng bệnh.

VI. PHÒNG BỆNH

Phụ nữ mang thai không dùng các chất kích thích

Hạn chế cho trẻ xem ti vi, điện thoại

Chăm sóc nuôi dưỡng đúng cách

Tăng động giảm chú ý kết hợp với: Chậm phát triển tâm thần; Chậm phát triển trí tuệ; tự kỷ; chậm phát triển ngôn ngữ.

Khi điều trị ngoại trú không cải thiện.

Các rối loạn tâm lý đi kèm: Rối loạn lo âu, trầm cảm

Các khuyết tật khác: điếc bẩm sinh, hội chứng Down.

VIII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

Bệnh viện Nhi đồng 1 (2013). “Phác đồ điều trị nhi khoa” Nhà xuất bản y học

Bộ y tế (2015) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015.

Bộ y tế (2014) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng. Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN PHÁT ÂM (F80)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Rối loạn phát âm là rối loạn quá trình tạo thành âm thanh (nói ngọng), rối loạn nhịp điệu lời nói (nói lắp).

Một trẻ bị rối loạn phát âm thường gặp khó khăn trong việc tạo ra những âm đơn nào đó. Rối loạn phát âm được đặc trưng bởi một số từ do đặt lưỡi không chính xác.

II. NGUYÊN NHÂN

Cơ năng: Rối loạn phát âm nhưng cấu trúc của cơ quan phát âm hoàn toàn bình thường.

- Ngọng trong quá trình phát triển : Hay gặp nhất ở tuổi trước học đường và bậc tiểu học. Một số trẻ học nói, cha mẹ nói kiểu em bé (ví dụ: Ăn cơm -> ăn tom; Đi ngủ -> Đi nự ...) nhưng trong quá trình phát triển trẻ có thể chỉnh dần.

- Nói tiếng địa phương : Ngọng theo các vùng, địa phương khác nhau (Ngọng l, n, ngọng dấu,...)

- Nói lắp do:

+ Thói quen từ giai đoạn học nói: Nói lắp từ nhỏ không được chỉnh sửa, biến thành thói quen nói lắp ở tuổi trưởng thành

+ Mặc cảm tâm lý kéo dài: Nói lắp là phương tiện che lấp một số khó khăn về tư duy, hoặc tâm lý e ngại người lạ...

Thực thể:

- Do bất thường bộ phận phát âm:

Ngắn lưỡi, dài lưỡi, ngắn phanh lưỡi

Khe hở môi, vòm miệng

Vận động lưỡi bất thường

Cứng khớp hàm

Bệnh lý thần

kinh: + Bại não

+ Giảm thính lực

+ Chậm phát triển trí tuệ

Nguyên nhân khác:

Viêm tai giữa mãn tính

Viêm tai xương chũm

III. CHẨN

ĐOÁN 1. Lâm

sàng

1.1. Các dấu hiệu rối loạn phát âm

a) Sự méo mó phát âm

Cử động môi, miệng, lưỡi, hàm dưới...khó khăn và hơi chậm. Hơi phát ra bất thường

Nói chậm, nói khó - Phát âm hụt hơi, gằn giọng...

Nói có nhiều lỗi phát

âm: - Sự mất âm:

+ Mất phụ âm đầu: ví dụ: bò-> ò, voi ->oi, đu đủ -> u ử

+ Mất phụ âm giữa: ví dụ : hoa -> ha, thìa -> tìa

+ Mất phụ âm cuối : ví dụ : vân anh -> vân ăn ,nhanh -> nhần

- Thêm âm: ví dụ: đi ngủ -> đi ngủi - Thay thế âm: ví dụ: phích ->vích, dép->

nhép, chó ->nhó, nói sôi -> thối thổi

-Ngọng thanh điệu : ví dụ :cổ vũ -> cổ vú, quyền vớ -> quyền vợ

-Phát âm chậm, không chính xác: nói lắp

+*Lắp một âm của âm tiết*: “s..ss..ssss...sáng nay con làm bài tập”

+*Lắp cả một âm tiết*: “sáng...sáng...sáng nay con làm bài tập”

+*Lắp một đoạn của phát ngôn*: “sáng nay..sáng nay..sáng nay con làm bài tập” +*Thêm một âm tiết,một phát ngôn bất thường,hoặc dừng bất thường khi đang*

nói : “sáng nay xong thế là con làm bài tập”; “sáng nay con làm bài tập”

1.2. Kiểm tra trẻ rối loạn phát âm

Kiểm tra cấu trúc, hình dạng, cử động của môi, lưỡi, hàm dưới: Đẻ trẻ há - ngậm miệng, thè lưỡi ra xa, lên trên, xuống dưới và sang hai bên. Xem cử động của lưỡi và miệng có bình thường không? Có khe hở vòm miệng hoặc phan dưới lưỡi bị ngăn không?

Xem trẻ thổi ra và cố gắng nói “xììì..ì” kéo dài được không: (Bình thường trẻ “xì” được trên 15 giây). Nếu “xì” ngắn thường do khe hở vòm miệng, do hơi thở ngắn (ở trẻ bại não), hoặc do liệt dây thanh một hoặc hai bên.

Yêu cầu trẻ nhắc lại một số từ đơn giản sau và ghi lại các lỗi phát âm của trẻ: Khi trẻ nói từ nào, lắng nghe xem trẻ nói đúng không, nếu sai thì sai âm nào? và sai như thế nào?

Ghi lại âm sai mà trẻ tạo ra:

Nếu trẻ sai phụ âm đầu, ví dụ nói “gà” thành “à” .Hãy thử nhiều từ khác có âm “g” đứng trước, xem trẻ tạo âm này như thế nào

Tương tự,nếu nguyên âm hoặc phụ âm cuối,hoặc thanh điệu nào sai, hãy thử lại với các từ khác có chứa thành phần âm sai để xem lại

Các âm trẻ nói đúng sẽ đánh dấu “x” để biết trẻ đã nói rõ

2. Cận lâm sàng

Trắc nghiệm trí tuệ: Denver, raven, thang vandebelt, ...

Kiểm tra thính lực và cấu trúc khoang miệng.

Điện não đồ.

Xét nghiệm máu: Công thức máu, sinh hóa máu, sắt, kẽm, ferritin, chức năng tuyến giáp

IV. ĐIỀU

TRỊ 1.

Nguyên tắc

Can thiệp sớm ngay khi phát hiện

Phối hợp can thiệp giữa các chuyên gia và gia đình

2. Các phương pháp điều trị

2.1. Điều trị phục hồi chức năng:

a) Trẻ nói ngọng: Sửa lỗi phát âm:

Dạy trẻ cử động miệng lưỡi và cơ quan phát âm, gồm các cử động: + Há to miệng rồi ngậm lại

+ Thè lưỡi dài ra trước, lên trên, sang trái và phải

+ Đưa lưỡi chạm lên răng trên, và chạm lên vòm miệng

+ Bôi mật ngọt hoặc đường quanh mép để tập liếm: đặc biệt trẻ bại não rất cần

tập vận động miệng lưỡi và tập nuốt, nhai, liếm, thổi

Tập “xì” : đối với trẻ bị khe hở vòm miệng sau mổ. Tập nói âm “x” trong từ “xa”. Kéo dài âm “x” càng dài càng tốt. Bình thường khoảng 10-15 giây. Nếu xì ngắn trẻ sẽ bị giọng mũi hở và không nói được rõ các phụ âm đầu âm tiết. ví dụ x...x..x..x...

Tập thổi ra: Kéo dài hơi thổi ra; cho trẻ thổi bóng, thổi kèn hoặc thổi bong bóng xà phòng

Dạy trẻ sửa âm: xem trẻ nói âm nào không rõ, sửa các âm sai đó

Nếu trẻ ngọng cả nguyên âm và phụ âm: Hãy bắt đầu dạy trẻ tạo các nguyên

âm: a, o, u, ư, e, ê, ô, ơ

Khi trẻ nói các nguyên âm rõ rồi mới chuyển sang tập phụ âm

- Dạy trẻ tạo các phụ âm môi: m, b,

Bắt đầu bằng dạy trẻ tạo các âm môi như âm “b, m”

Khi trẻ nói âm đó rõ, hãy ghép âm đó với một nguyên âm, ví dụ :
mâm, baba, babababa.... và các nguyên âm khác như: mimi, bêbê,....

- Sau đó dạy trẻ nói các từ đơn giản như : bà , mẹ, bố, bé, “bai bai”...

Hãy làm một bộ tranh hoặc cắt các tranh đồ vật từ tạp chí, sách báo.
Xếp các tranh này theo bộ: theo các âm đầu, âm cuối hoặc thanh điệu và theo
các chủ đề: đồ dùng, phương tiện giao thông, đồ ăn, các hành động....

Khi dạy trẻ nói từ đơn nên dùng tranh để dạy. Như vậy trẻ sẽ hứng thú
hơn. Hãy biến hoạt động dạy thành các trò chơi

Ví dụ: Chơi trò “giấu tranh”. Để ra 3-5 tranh và giới thiệu tên các tranh với trẻ. Giấu 1-2 cái đi rồi hỏi xem: “mất tranh nào?”

Sau đó để trẻ giấu tranh, còn bạn đoán. Có thể chơi nhiều trò khác với tranh

như: Mua bán tranh, so cặp tranh....

- Tiếp tục dạy trẻ tạo các phụ âm khó hơn như âm t, đ, x, ch, kh, g, ...

Sau đó, lại ghép các phụ âm này với các nguyên âm khác nhau như ta, xa

Khi trẻ tạo các âm này đã rõ, hãy để trẻ nói các từ đơn chứa các âm bạn vừa dạy: Tai, táo, to, túi, ...

Sau cùng, khi trẻ đó nói được nhiều từ đơn, hãy để trẻ ghép 1-2 từ thành các câu ngắn

Hãy chú ý sửa âm khi trẻ nói chuyện, khi đọc sách... Thường khi tập nói từng từ thì nói đúng, nhưng khi nói chuyện trẻ vẫn mắc lỗi.

b) Nói lắp

- Tập thư giãn:

Cùng với sửa tật nói lắp, phải tập thư giãn

Trước khi nói để trẻ hít sâu và thở ra nhẹ nhàng 3-5 nhịp

Mỗi ngày để 1-2 lần khoảng 10-15 phút tập ngồi, nhắm mắt, hít sâu, thở ra chậm. tập thổi ra nhẹ nhàng và kéo dài

Động viên trẻ nói chậm, những người xung quanh phải nói chậm khi giao tiếp với trẻ. Chờ đợi để trẻ chủ động bắt đầu

- Sửa nhịp điệu nói:

Nói câu ngắn 2 -3 từ: Nên nói chậm và dùng câu ngắn. Nói xong nên nghỉ để chuẩn bị câu tiếp theo

Một thời gian dài, sau khi đỡ lắp, mới nói câu dài hơn, khoảng 4 – 5 từ. Vẫn phải nói chậm. Nếu nói lắp trong một số tình huống nhất định hoặc với một số người nhất định, cần thử thư giãn trước khi giao tiếp với người đó

Có thể chủ động tập dượt nói trong tình huống đó, hoặc hình ảnh người đó (nếu hay lắp khi giao tiếp với họ) và tập nói một mình. Nói chậm rồi nói nhanh. Nói nhỏ rồi nói to

- Tư vấn của chuyên gia tâm lý: Chuyên gia tâm lý sẽ nói chuyện với trẻ (với người lớn bị nói lắp) để tìm hiểu nguyên nhân tâm lý khi giao tiếp. Nếu nói lắp nặng quá, cần được điều trị bằng các thuốc chuyên khoa

2.2. Can thiệp giáo dục:

- Trẻ cần được hỗ trợ tại lớp và tại môi trường gia đình. Mọi người thân, giáo viên, các bạn cùng lớp cần nói chậm hơn với trẻ. Hãy để trẻ có thêm thời gian để nói

Môn tập đọc ở lớp khiến trẻ khó khăn. Trả lời miệng trên lớp cũng là trở ngại với trẻ, nhất là khi các bạn cùng lớp trêu cười. Giáo viên cần biết điều này để hỗ trợ trẻ. Hãy để thêm thời gian ngoài giờ học giúp trẻ sửa phát âm

2.3. Xã hội

Khuyến khích trẻ tham gia các hoạt động nhóm ở trường lớp hoặc ở cộng đồng. Vui chơi và tham gia các hoạt động tập thể giúp trẻ tự tin hơn, nhận thức được bản thân phù hợp và có nhiều cơ hội để giao tiếp hơn

Cần giúp họ chọn lựa một số nghề, lĩnh vực hoạt động đòi hỏi giao tiếp ít.

2.4. Điện kích thích phát âm

Sử dụng máy VOCASTIM là máy hỗ trợ việc kích thích tạo ra âm thanh và lời nói của trẻ. Trẻ được sử dụng 15 phút/ ngày

+ Nếu không can thiệp sẽ ảnh hưởng đến:

Học tập: Đọc sai, ngại phát biểu xây dựng bài. Kết quả học tập kém

Tâm lý: Trẻ nói ngọng nặng thường tự ti, mặc cảm, trẻ hay bỏ học sớm do ngại bị trêu cười ở lớp. trẻ thường ngại giao lưu, kết bạn, ngại ra chỗ lạ

Nghề nghiệp: Khó xin việc

Hạn chế sinh đẻ sau tuổi 35.

Khám sàng lọc trước sinh.

Phát hiện can thiệp sớm.

Sự méo mó phát âm

Nói có nhiều lỗi phát âm:

Sự mất âm hoặc thêm âm: phụ âm đầu, giữa, cuối

Ngọng thanh điệu hoặc phát âm chậm không chính xác (nói lắp)

Rối loạn phát âm trong bệnh lý thần kinh: Bại não, chậm phát triển tâm thần, tự kỷ, chậm phát triển trí tuệ

Các khuyết tật bẩm sinh: hội chứng down, giảm thính lực.

Khi ảnh hưởng đến học tập và tâm lý.

VIII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

Bộ Y tế (2018) Hướng dẫn phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ em khuyết tật.

Bộ y tế (2015) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015.

Bộ y tế (2014) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng. Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHẬM PHÁT TRIỂN NGÔN NGỮ Ở TRẺ EM (F80)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Trẻ chậm phát triển ngôn ngữ là những trẻ có kỹ năng hiểu lời nói và diễn đạt lời nói muộn hơn so với trẻ cùng tuổi.

Tỷ lệ mắc: Tỷ lệ trẻ khó khăn về nghe nói chiếm 20% tổng số trẻ khuyết tật (Số liệu của Chương trình PHCNDVCD Việt Nam năm 2004)

II. NGUYÊN NHÂN

1. Chậm phát triển ngôn ngữ đơn thuần so với tuổi

Bất thường cơ quan phát âm: Ngắn phanh lưỡi, khe hở môi hàm ếch, cứng khớp hàm...

Tính chất gia đình: Trẻ có ông, bà, bố hoặc mẹ cũng chậm nói

Tác động môi trường: Trẻ ít được tiếp xúc, người chăm sóc ít nói chuyện...

Không rõ nguyên nhân

Chậm phát triển ngôn ngữ trong các bệnh khác - Do trẻ bị chậm phát triển trí tuệ.

- Trẻ bị hội chứng tự kỷ.
- Chứng tăng động giảm chú ý. - Giảm thính lực.
- Trẻ bại não.
- Chậm phát triển ngôn ngữ do các khuyết tật phát triển khác ở trẻ em.

III. CHẨN ĐOÁN

Lâm sàng

Các mốc phát triển bình thường của trẻ:

- Trẻ từ 0 đến 3 tháng:

+ Đáp ứng thích hợp với giọng và 1 vài diễn đạt của nét mặt

+ Nhìn người nói chuyện

- Trẻ từ 3 đến 6 tháng:

+ Quay đầu về phía có người gọi
tên + Bắt chước âm thanh

- Trẻ từ 6 đến 9 tháng:

+ Đáp ứng với cử chỉ bẻ hoặc bai bai

+ Đáp ứng với từ “không” (Dừng hoạt động trong 1 lát) + Nỗ lực bắt chước phát ra âm thanh mới

- Trẻ từ 9 đến 12 tháng:

+ Đ/ứ với “đưa cho cô” (nói hoặc ra hiệu)

Bắt chước từ có 2 âm tiết quen thuộc mà không thay đổi ngữ điệu
(Thôi thôi, đi đi)

Bắt chước từ có 2 âm tiết quen thuộc có thay đổi ngữ điệu

- Trẻ từ 12 đến 15 tháng:

Làm theo từ 2 mệnh lệnh đơn trở lên (1 vật, 1 hành động) bằng nói hoặc ra hiệu

Đ/ứ thích hợp với câu hỏi “có” hoặc “không

Bắt chước hầu hết các từ mới một âm tiết

Bắt chước câu 2 từ mới khác nhau

Bắt chước những từ quen thuộc đã được nghe trong hội thoại hoặc sách

- Trẻ từ 15 đến 18 tháng:

Lấy vật trong tầm nhìn khi được yêu cầu bằng lời/ ra hiệu

Bắt chước những âm thanh khác nhau

- Trẻ từ 18 đến 21 tháng:

Giúp làm một số việc nhà đơn giản

Hiểu cụm từ “hãy nhìn”

Bắt chước câu có 3 từ

- Trẻ từ 21 đến 24 tháng:

Hiểu các từ được sử dụng để cấm làm (VD: hãy đợi, dừng, ngồi xuống, đến lượt tôi)

Làm theo mệnh lệnh ở môi trường quen thuộc

Bắt chước từ có 3 âm tiết (hoặc nhóm từ có 2 từ chứa 3 âm tiết

- Trẻ từ 24 đến 30 tháng:

Làm theo mệnh lệnh có 2 phần liên quan trong câu nói

Nhắc lại câu 2 từ hoặc 2 số theo trình tự

- Trẻ từ 30 đến 36 tháng:

Làm theo mệnh lệnh có 3 phần (3 vật và 1 hành động, 3 hành động và 1 vật, hoặc 3 vật liên quan với 1 hành động)

Nhắc lại câu 4 từ

- Trẻ từ 36 đến 42 tháng:

Phân biệt “trước/sau, cứng/mềm...”

Hiểu, trả lời câu hỏi “Như thế nào?”

Nói câu dài 4-5 từ

Biết dùng từ nối “và, thế rồi, thì...”

- Trẻ từ 42 đến 48 tháng:

Đếm đến 10, nhận được 2-3 màu

Phân biệt “trên/dưới, đỉnh/đáy

Nói được hầu hết các phụ âm

+ Nói câu dài 4 - 7 từ

- Trẻ từ 48 đến 60 tháng:

Thực hiện được 3 mệnh lệnh

Trả lời được câu hỏi “Khi nào?”

Kể được một câu chuyện dài

Bắt đầu dùng đại từ sở hữu

- Trẻ từ 60 tháng đến 72 tháng

Hiểu thời gian: “Hôm qua/hôm nay”

Phân biệt “phải/trái”, biết phân loại

Dùng các đại từ đúng, biết so sánh “cao nhất”, biết dùng trạng từ...

Nếu trẻ chậm phát triển hơn so với các mốc trên thì cần gửi trẻ đi khám các chuyên gia: Bác sĩ PHCN, chuyên gia ngôn ngữ trị liệu

Lưu ý: hầu hết các trẻ tự kỷ đều được phát hiện với các biểu hiện ban đầu là chậm phát triển ngôn ngữ, do đó các cha mẹ có con chậm phát triển ngôn ngữ nên tham khảo các chuyên gia để được đánh giá thêm về tự kỷ.

2. Cận lâm sàng

Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu thường quy, sắt, kẽm, chức năng tuyến giáp

Điện não đồ.

Trắc nghiệm tâm lý: CARS, M-CHAT, RAVEN, Vandebilt, Denver.

Test DBC-P, ASQ ...

Chụp cộng hưởng từ sọ não, chụp cắt lớp vi tính sọ não.

Các xét nghiệm chuyên khoa : đo thính lực, khám răng hàm mặt ...

3. Chẩn đoán phân biệt

Các rối loạn phát âm khác.

IV. ĐIỀU

TRỊ 1.

Nguyên tắc

Can thiệp ngay sau khi phát hiện, càng sớm càng tốt.

Can thiệp theo tuổi phát triển của trẻ: Ví dụ: Trẻ 20 tháng tuổi nhưng sự phát triển hiện tại chỉ tương đương với trẻ 8 tháng, thì các bài tập can thiệp được bắt đầu như với trẻ 8 tháng.

Can thiệp toàn diện: Can thiệp cả kỹ năng hiểu và kỹ năng diễn đạt ngôn ngữ, kết hợp với kỹ năng vui chơi.

2. Cụ thể

2.1. Thuốc: Không có thuốc điều trị. Sử dụng một số loại thuốc để làm tăng khả năng tập trung, giảm tăng động và điều chỉnh hành vi

Thuốc giảm tăng động (Clonidin, Risperdal)

Thuốc giảm hưng tính (Haloperidol: dò liều sử dụng)

Thuốc điều chỉnh cảm xúc (Tegretol)

Điều trị kém tập trung: Fluoxetine, Setroline, Citicolin (Somazina, Trausan, Neurocolin...)

Động tác lặp lại định hình (Zolof).

Cebrolysin

Marinplus, Pho-L

Thuốc tăng cường tuần hoàn não (Nootropin, Lucidrin...)

Magie B6, Canxi...

Thyroxin 100mcg

2.2 Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Can thiệp ngôn ngữ theo lứa tuổi

Can thiệp giáo dục đặc biệt

Quan sát trực tiếp hành vi của trẻ

Sử dụng các kích thích, tiền hành vi và hậu hành vi

Đo lường hành vi bất thường (tần suất, thời gian, mức độ, địa điểm...)

Phân tích chức năng mối liên hệ giữa môi trường và hành vi

Mô tả và phân tích chức năng của hành vi

Mô hình ABC-Là cơ sở của phương pháp “ Phân tích hành vi ứng dụng”

Phân tích hành vi bằng sử dụng mô hình ABC gồm:

A - Tiền hành vi (Antecedent: Là 1 hướng dẫn hoặc 1 yêu cầu trẻ thực hiện 1 hành động)

B - Hành vi (Behavior): là đáp ứng của trẻ

C - Hậu hành vi (Consequence): là đáp ứng của người chăm sóc/trị liệu trẻ có thể dao động từ các củng cố hành vi dương

Dựa vào kết quả Phân tích hành vi ABC người can thiệp tiến hành thực hiện các kỹ thuật can thiệp ABA cho trẻ tự kỷ.

Các hoạt động trị liệu :

+ Ngôn ngữ và giao tiếp

Huấn luyện về giao tiếp sớm (tập giao tiếp): Tập trung, bắt chước, chơi đùa, Giao tiếp bằng cử chỉ, tranh ảnh và kỹ năng xã hội

Huấn luyện các kỹ năng ngôn ngữ

Bao gồm: hiểu ngôn ngữ, diễn đạt ngôn ngữ, kỹ năng ở nhà trường

Sửa lỗi phát âm: Nói ngọng, nói lắp ...

+ Tập điều hợp vận động:

Vận động tinh: là các cử động nhỏ của bàn tay, cổ tay, ngón tay, ngón chân, môi và lưỡi

Vận động thô: Là sự phối hợp của các nhóm cơ lớn của cơ thể trẻ gồm: đi, chạy, đá, ném, kéo, đẩy, leo, trèo, lăn, bò...phối hợp giác quan và các chi

Kỹ năng sinh hoạt hàng ngày: ăn, uống, tắm rửa, mặc quần áo, đi giày và tắt đi vệ sinh. Chăm vật nhỏ, viết, vẽ, dùng kéo cắt dán

Trị liệu tâm lý: Giúp trẻ tiếp cận với thế giới đồ vật và đồ chơi, giúp khám phá thế giới quanh mình một cách tự tin

Các câu chuyện xã hội: Là cung cấp cấu trúc sắp xếp hình ảnh để dạy các kỹ năng xã hội và làm giảm hành vi bất thường. Lợi thế tiềm năng của các câu chuyện xã hội, là để học các kỹ năng xã hội để tạo ra các kỹ năng mới

+ Thủy trị liệu: Làm giảm căng thẳng, giảm bớt những hành vi không mong muốn, tăng khả năng tương tác và giao tiếp

+ Massage điều hòa cảm giác: Điều hòa cảm giác là điều trị trẻ bị rối loạn cảm xúc giác, thị giác, thính giác, mùi vị, sờ, thăng bằng

+ Hoạt động nhóm:

Chơi tập thể nhóm nhỏ- Chơi tập thể nhóm lớn hơn

Tổ chức các phòng chơi hoặc khu vui chơi tập thể

Âm nhạc trị liệu: Là gắn kết đứa trẻ vào quá trình tương tác, xây dựng sự mong muốn giao tiếp với người khác. Trong khi dạy trẻ có thể phối hợp các bài hát trẻ em và điệu bộ của giáo viên liên quan đến bài tập ta đang dạy để kích thích trẻ tăng cường tập trung, hứng thú học hơn. Âm nhạc có thể được lồng ghép trong các hoạt động chơi

Tư vấn gia đình - trị liệu tại nhà

- Giáo dục hòa nhập mầm non. - Giáo dục đặc biệt.

- Chương trình học tập thích hợp với khả năng và xu hướng của trẻ.

- Hướng dẫn cho cha mẹ nội dung can thiệp tại gia đình, dạy mẫu cho gia đình tham dự hàng tuần vào ngày cố định.

Trò chơi và máy tính: Cần cho trẻ làm quen với máy tính để phát hiện khả năng tiềm tàng của trẻ. Thời gian học khoảng 30 phút /ngày

2.3. Điện châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt

2.4 Điện kích thích phát âm: Sử dụng máy VOCASTIM hỗ trợ việc kích thích tạo ra âm thanh và lời nói của trẻ. Trẻ được sử dụng 15 phút/ ngày

V. TIÊN LƯỢNG

- Can thiệp sớm sẽ cải thiện tốt tình trạng của trẻ giúp trẻ có mối quan hệ xã hội và khả năng học của trẻ.

Can thiệp muộn sẽ ảnh hưởng tới tình trạng học tập của trẻ

VI. PHÒNG BỆNH

Khám sàng lọc trước sinh.

Phát hiện can thiệp sớm.

Chậm phát triển ngôn ngữ ở các mức độ gây ảnh hưởng đến đời sống hàng ngày.

Trẻ chậm phát triển ngôn ngữ trong:

Chậm phát triển tâm thần.

Chậm phát triển trí tuệ.

Rối loạn phổ tự kỷ.

Bại não, hội chứng down, điếc bẩm sinh, giảm thính lực, hoặc các khuyết tật phát triển khác đi kèm.

Phanh lưỡi bám cao.

VIII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

Bộ Y tế (2018) Hướng dẫn phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ em khuyết tật

Bộ y tế (2014) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng. Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN VẬN ĐỘNG

(F70 – F72)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐẠI CƯƠNG

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

NGUYÊN NHÂN

1. Trước khi sinh:

- Mẹ bị nhiễm virus(rubeon, cúm, cytomegalo virus, toxoplama, herpes..), dùng một số thuốc (hóa chất, nội tiết tố...), nhiễm độc (chì, thủy ngân, thạch tín...)

Đột biến nhiễm sắc thể ở bào thai do nhiều nguyên nhân khác nhau.

Bất đồng nhóm máu(Rh)

Mẹ bị bệnh đái tháo đường, nhiễm độc thai nghén...

Di truyền.

Trong khi
sinh - Trẻ đẻ
non.

- Trẻ bị ngạt.

- Đẻ khó, can thiệp sản
khoa. - Sang chấn sản
khoa.

Sau khi sinh

Trẻ bị sốt cao co giật, động kinh.

Trẻ bị suy giáp, thiếu năng tuyến giáp.

Trẻ bị nhiễm trùng: viêm não, viêm màng não...

Trẻ bị chấn thương đầu, não.

Thiếu oxy não: do đuối nước, ngộ độc hơi..

Trẻ bị 1 số bệnh mạn tính: tim bẩm sinh, tan máu, suy dinh dưỡng, còi xương...

4. Không rõ nguyên nhân.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

Hỏi bệnh: Hỏi tiền sử mang thai của mẹ, quá trình sinh trẻ, tiền sử bệnh tật của trẻ sau sinh, quá trình phát triển của trẻ.

Khám lâm sàng

+ Khám toàn thân và hệ thần kinh

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

Thử cơ toàn thân bằng tay.

Đo tầm vận động các khớp.

- Cận lâm sàng

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

Nhiễm sắc thể

Công thức máu, sinh hóa máu, sắt kẽm, ferritin, Calci toàn phần và ion,

T3,T4,TSH.

Đo thính lực.

Chẩn đoán xác định

a) Tiêu chuẩn lâm sàng chung của chậm phát triển tâm thần vận động

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

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

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

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

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

Khả năng tập trung kém trong mọi hoạt động.

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

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

Chậm phát triển vận động:

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

Vận động tinh (sử dụng bàn tay)

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

Khám thần kinh:

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

Tình trạng cơ: bình thường, không có liệt.

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

Babinski: âm tính

Các phản xạ nguyên thủy âm tính.

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

Các hội chứng: hội chứng tháp, ngoại tháp, tiểu não âm tính
Đánh giá chỉ số IQ: Trẻ CPTTT có chỉ số IQ < 70 %

b) Chẩn đoán các dạng CPTTTVD thường

gặp: - Hội chứng Down

Bệnh suy giáp

Động kinh

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

3. Chẩn đoán phân biệt

Tự kỷ

Bại não

Tăng động giảm chú

Khiếm thính

ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

PHCN sớm, đều đặn, toàn diện, phối hợp với chương trình PHCN tại nhà và

2. Các phương pháp

Điện trị liệu: điện thấp tần, ánh sáng

Vận động :

Xoa bóp

Các kỹ thuật tạo thuận lầy, ngồi, bò, đứng đi

Ngôn ngữ trị liệu: Tập giao tiếp, tập sửa lỗi phát âm

+ Kích thích kỹ năng giao tiếp sớm

+ Huấn luyện kỹ năng hiểu và diễn đạt ngôn ngữ.

Hoạt động trị liệu

Huấn luyện kỹ năng vận động tinh bàn tay

Huấn luyện kỹ năng sinh hoạt hàng ngày - Dụng cụ trợ giúp: Nẹp chỉnh hình

3. Các điều trị khác

- Thuốc chống động kinh, Hormon giáp trạng, cerebrolysin, điều trị còi xương.
- Sử dụng một số loại thuốc để làm tăng khả năng tập trung, giảm tăng động

và điều chỉnh hành vi.

- Điện châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt

Đối với liệt chi trên : Châm huyết kiên ngưng, khúc trì, thủ tam lý, hợp cốc, dương trì – 15 phút/ngày

Đối với liệt chi dưới: Châm hoàn khiêu, lăng quyền, thân mạch, tuyệt cốt, hạc đỉnh, âm lăng tuyền, thái xung, giải Khê. Thời gian 15 phút/ngày.

Tư thế nằm ngửa: Kiên tỉnh, Kiên ngưng, Tý nhu, Thủ ngũ lý, Khúc trì, Thủ tam lý, Hợp cốc, Lao cung, Phục thổ, Bể quan, Dương lăng tuyền, Âm lăng tuyền,

Xung dương, Giải Khê; Ngoại quan, Chi câu, Túc tam lý, Thượng cự huyệt, Tam âm giao, Trung đô

Tư thế nằm sấp: Giáp tích C4-C7, C7-D10, L1-L5, Kiên trinh, Cực tuyền, Khúc trì, Khúc trạch, Ngoại quan, Nội quan, Bát tà, Trật biên, Hoàn khiêu, Ân môn, Thừa phù, Thừa sơn, Thừa cân, Ủy trung; Thận du, Huyết hải, Âm liêm

- Điện kích thích phát âm: Sử dụng máy VOCASTIM hỗ trợ việc kích thích tạo ra âm thanh và lời nói của trẻ. Trẻ được sử dụng 15 phút/ngày

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Nhiều trẻ có chậm phát triển vận động từ nhẹ đến trung bình có thể tự hỗ trợ bản thân, sống độc lập. Tuổi thọ có thể giảm tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh, nhưng chăm sóc sức khỏe có thể kéo dài thời gian sống cho tất cả các dạng khuyết tật phát triển. Những người chậm phát triển vận động trầm trọng có thể phải cần hỗ trợ suốt đời.

VI. PHÒNG BỆNH

- Phòng bệnh theo các nguyên nhân trước, trong và sau khi sinh.
- Tư vấn di truyền có thể giúp các cặp vợ chồng hiểu được những rủi ro có thể xảy ra.
- Sàng lọc trước sinh nên được thực hiện ở các cặp vợ chồng muốn có con.
- Xét nghiệm tiền sản cho phép các cặp vợ chồng cân nhắc việc chấm dứt thai sản và kế hoạch hóa gia đình sau đó.
- Vacxin có tác dụng phòng các bệnh sởi bẩm sinh, phế cầu và H.influenzae gây viêm màng não.
- Tiếp tục cải thiện và tăng cường công tác chăm sóc sản khoa và sơ sinh.
- Xử lý môi trường trong sạch và lấy các chất kim loại nặng như chì, thủy ngân ra khỏi môi trường sống để giảm tổn thương của não trẻ.

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Khi trẻ có một hoặc vài triệu chứng trong các triệu chứng lâm sàng nêu trên cả về mặt tâm thần hay vận động.

- Chậm nói

- Hoặc chậm lấy, chậm ngồi, chậm bò,
chậm đi - Hoặc vận động tinh kém

VIII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

1. Bộ Y tế (2020) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp. Quyết định 2058/ QĐ-BYT ngày 14/5/2020.
2. Bộ Y tế (2014) Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng. Quyết định 3109/ QĐ-BYT ngày 19/8/2014.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHẬM PHÁT TRIỂN TÂM THẦN (F70-F79)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Chậm phát triển tâm thần (CPTTT) là một trạng thái phát triển bị ngừng trệ hay không đầy đủ của tâm thần, được đặc trưng chủ yếu bằng tật chứng về kỹ năng trong thời kỳ phát triển, bao gồm cả kỹ năng nhận thức, ngôn ngữ, học tập, lao động, xã hội, chăm sóc bản thân. Tỷ lệ gặp chậm phát triển tâm thần trong dân số chung là 1- 3%.

CPTTT có thể kèm hoặc không kèm rối loạn cơ thể hoặc tâm thần khác.

NGUYÊN NHÂN

1. Trước khi sinh:

- Mẹ bị nhiễm virus(rubeon, cúm, cytomegalo virus, toxoplama, herpes..), dùng một số thuốc (hóa chất, nội tiết tố...), nhiễm độc (chì, thủy ngân, thạch tín...)

Đột biến nhiễm sắc thể ở bào thai do nhiều nguyên nhân khác nhau.

Bất đồng nhóm máu(Rh)

Mẹ bị bệnh đái tháo đường, nhiễm độc thai nghén...

Di truyền.

Trong khi

sinh - Trẻ đẻ non.

- Trẻ bị ngạt.

- Đẻ khó, can thiệp sản khoa. - Sang chấn sản khoa.

Sau khi sinh

Sốt cao co giật, động kinh.

Suy giáp, thiếu năng tuyến giáp.

Nhiễm trùng: viêm não, viêm màng não...

Chấn thương đầu, não.

Thiếu oxy não: do đuối nước, ngộ độc hơi..

Một số bệnh mạn: tim bẩm sinh, tan máu, suy dinh dưỡng, còi xương...

4. Không rõ nguyên nhân

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Chẩn đoán CPTTT mức độ nhẹ (F70)

Khả năng tư duy: có tư duy mô tả cụ thể, không hiểu được tư duy trừu tượng,

thiếu sáng kiến, khả năng phân tích tổng hợp kém. Biết nói chậm nhưng có khả năng sử dụng ngôn ngữ trong giao tiếp hàng ngày, có thể hình thành ngôn ngữ viết.

Có khả năng học hết tiểu học, nhưng hay lưu ban, khó khăn trong học lý thuyết.

Khả năng cảm xúc: có cảm xúc cấp cao nhưng thiếu tự lập, phụ thuộc vào bố ẹm dù đã trưởng thành, không đủ khả năng giải quyết những mâu thuẫn nội tâm.

Hành vi tác phong: có khả năng tự chăm sóc bản thân. Có thể làm được các công việc đơn giản, thích nghi được với môi trường xã hội nhưng cần có trợ giúp và kém hiệu quả hơn với người khác.

CPTTT mức độ nhẹ có chỉ số IQ: 50-69

1.2. Chẩn đoán CPTTT mức độ trung bình (F71)

Khả năng tư duy: có thể có tư duy khá quát thô sơ, không có tư duy trừu tượng, không hiểu được ý chính của vấn đề, khả năng phán đoán nghèo nàn, không có khả năng độc lập trong suy nghĩ. Có thể tính toán đơn giản cụ thể, không tính toán trừu tượng. Chậm biết nói, nói lắp, nói ngọng. Có thể sử dụng ngôn ngữ trong giao tiếp nhưng không hiểu quy tắc xã hội. Khó hình thành ngôn ngữ viết.

Cảm xúc: không ổn định, cảm xúc cấp cao hạn chế.

Hành vi tác phong: có thể làm công việc đơn giản, không làm được công việc có tính quy trình, máy móc, không thay đổi được theo hoàn cảnh. Ít có khả năng sống tự lập hoàn toàn, cần có sự trợ giúp, hướng dẫn.

CPTTT mức độ trung bình có chỉ số IQ: 35-49

1.3. Chẩn đoán chậm phát triển tâm thần mức độ nặng (F72)

Tư duy: có tư duy cụ thể, thô sơ, học được một vài kinh nghiệm đơn giản.

Không có ngôn ngữ hoặc chỉ phát âm những âm đơn giản mà bản thân không hiểu.

Cảm xúc: chỉ có cảm xúc bản năng, thỏa mãn bản thân, sự bày tỏ cảm xúc đơn sơ, có nhiều hạn chế.

Hành vi tác phong: thường chỉ có những hoạt động bản năng hay những phản ứng thô sơ với các kích thích bên ngoài. Cần có người giúp đỡ trong hoạt động chăm sóc bản thân.

Thường có bệnh lý cơ thể hoặc tâm thần khác đi kèm.

Chậm phát triển tâm thần mức độ nặng có chỉ số IQ: 20-34
1.4. Chậm phát triển tâm thần mức độ trầm trọng (F73)

Tư duy: không có khả năng nhận thức, không có khả năng phản ứng với các kích thích đơn giản như nóng lạnh, không có ngôn ngữ.

Cảm xúc: hoàn toàn là cảm xúc bản năng. Có cơn giận dữ, tự cào cấu hay tấn công người khác.

Vận động kém, có khi không đi được, hành động định hình lặp lại.

Thường có bệnh lý cơ thể hoặc tâm thần khác đi kèm.

Chậm phát triển tâm thần mức độ trầm trọng có chỉ số IQ < 20.

1.5. Chậm phát triển tâm thần khác (F78)

1.6. Chậm phát triển tâm thần không biệt định (F79)

2. Cận lâm sàng

Trắc nghiệm tâm lý đánh giá trí tuệ: Wics, Raven, Denver, ASQ..

Các xét nghiệm: Công thức máu, sinh hóa máu, sắt, kẽm, ferritin, FT3, FT4, TSH, tổng phân tích nước tiểu, điện tim, siêu âm ổ bụng, Xquang tim phổi...

Điện não đồ, CT scanner sọ não, MRI sọ não.

Một số xét nghiệm sinh hóa, một số chất chuyển hóa trong chẩn đoán chậm phát triển do nguyên nhân chuyển hóa.

Xét nghiệm di truyền trong chẩn đoán chậm phát triển do một số bệnh lý di truyền...

Các trắc nghiệm tâm lý hỗ trợ trong chẩn đoán các bệnh lý tâm thần đi kèm như: trầm cảm, ADHD, tự kỷ,...

3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các rối loạn trí tuệ bị đình trệ do các nguyên nhân khác:

Thiếu hụt môi trường nuôi dưỡng, giáo dục, nếu được can thiệp sớm sẽ sớm trở lại bình thường.

Bệnh lý cơ thể kéo dài, suy dinh dưỡng nặng, suy nhược nặng dẫn đến chậm chạp, trí nhớ kém, tiếp thu chậm chạp.

Một số trường hợp rối loạn giác quan như mù, câm, điếc. Các bệnh lý tâm thần khác như tự kỷ, tâm thần phân liệt...

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Việc điều trị chậm phát triển tâm thần dựa vào đánh giá nhu cầu xã hội, giáo dục, tâm thần và môi trường.

Điều trị CPTTT là điều trị lâu dài, liên tục cần có sự tham gia của cả gia đình, cộng đồng.

CPTTT kết hợp với các rối loạn tâm thần cần điều trị phối hợp.

2. Các phương pháp

Điện trị liệu: điện thấp tần, ánh sáng

Vận động :

Xoa bóp toàn thân

Các kỹ thuật tạo thuận lầy, ngồi, bò, đứng đi

Ngôn ngữ trị liệu: Tập giao tiếp, tập sửa lỗi phát âm

+ Kích thích kỹ năng giao tiếp sớm

+ Huấn luyện kỹ năng hiểu và diễn đạt ngôn ngữ.

Hoạt động trị liệu

Huấn luyện kỹ năng vận động tinh bàn tay

Huấn luyện kỹ năng sinh hoạt hàng ngày

3. Các điều trị khác

- Thuốc chống động kinh, Hormon giáp trạng, cerebrolysin, điều trị còi xương. - Sử dụng một số loại thuốc để làm tăng khả năng tập trung, giảm tăng động

và điều chỉnh hành vi.

Điện châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt

Điện kích thích phát âm: Sử dụng máy VOCASTIM hỗ trợ việc kích thích tạo ra âm thanh và lời nói của trẻ. Trẻ được sử dụng 15 phút/ ngày

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

CPTTT là bệnh lý không tiên triễn vì vậy cần sự điều trị, theo dõi, chăm sóc lâu dài.

Nguy cơ mắc các bệnh tâm thần trên bệnh nhân CPTTT cao hơn với dân số chung vì vậy việc theo dõi và điều trị các bệnh lý tâm thần đi kèm sẽ làm giảm nguy cơ biến chứng cho người bệnh.

CPTTT có tỷ lệ mắc các bệnh lý cơ thể cao vì vậy theo dõi chăm sóc, phát hiện, điều trị bệnh lý cơ thể kèm theo sẽ làm giảm nguy cơ biến chứng, tử vong cho người bệnh.

VI. PHÒNG BỆNH

Giáo dục sức khỏe, tuyên truyền sâu rộng về các nguyên nhân gây ra chậm phát triển tâm thần.

Làm tốt công tác bảo vệ bà mẹ và trẻ em. Tránh những sang chấn não của trẻ trong sản khoa.

Tư vấn gia đình và di truyền sẽ giúp giảm tỷ lệ mắc chậm phát triển tâm thần trong gia đình có tiền sử rối loạn di truyền liên quan đến chậm phát triển tâm thần.

Phát hiện, chẩn đoán và điều trị sớm các bệnh có ảnh hưởng đến sự phát triển trí não trẻ, rút ngắn quá trình tiến triển của bệnh.

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Trẻ CPTTT từ mức độ nhẹ đến mức độ trầm trọng. Có các biểu hiện:

Chậm nói Hoặc giảm chú ý, tư duy chậm chạp.

Hoặc rối loạn hành vi.

VIII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

Bộ Y tế (2020) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp. Quyết định 2058/QĐ-BYT ngày 14/5/2020.

Bộ Y tế (2014) Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng. Quyết định 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHẬM PHÁT TRIỂN TRÍ TUỆ (F78)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Chậm phát triển trí tuệ (PTTT) là tình trạng:

Trẻ có trí tuệ dưới mức trung bình, khả năng tư duy chậm.

Khả năng học tập của trẻ chậm hơn so với bạn cùng lứa tuổi.

Chậm phát triển kỹ năng “thích ứng” như: giao tiếp, tự chăm sóc, các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, kỹ năng xã hội, tham gia cộng đồng, tự định hướng, sức khoẻ và an toàn, học tập, sở thích và việc làm.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Trước sinh:

Mẹ bị nhiễm virus, dùng thuốc (hoá chất, nội tiết tố), nhiễm độc (chì, thủy ngân, thạch tín...) chế độ ăn thiếu chất (Iod) trong thời kỳ mang thai

Đột biến NST ở bào thai do nhiều nguyên nhân khác nhau.

2. Trong sinh: đẻ non, ngạt, can thiệp sản khoa.

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

Không rõ nguyên nhân.

Chẩn đoán xác định

Lâm sàng

- Khả năng đáp ứng chậm chạp hoặc không đáp ứng với điều người khác nói,

với mọi việc diễn ra xung quanh.

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

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

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

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

Khả năng tập trung kém trong mọi hoạt động.

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

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

Chậm phát triển - Vận động thô (lấy, ngồi, bò, đứng, đi).

Vận động tinh (sử dụng bàn tay)

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

Khám thần kinh :

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

Tình trạng cơ : bình thường, Không có liệt.

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

Babinsky: âm tính

Các phản xạ nguyên thủy âm tính.

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

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

1.2. Cận lâm sàng

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

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

Công thức máu, sinh hóa máu, chức năng gan thận, tuyến giáp, sắt kẽm.

Đo thính lực.

Các test thăm dò chức năng: Denver, raven, wish IV, thang vandebil, ASQ...

2. Chẩn đoán phân biệt

- Tự kỷ.
- Tăng động giảm chú ý.

IV. ĐIỀU

TRỊ 1.

Nguyên tắc

- Can thiệp sớm ngay sau khi phát hiện bệnh chậm PTTT. - Phối hợp với giáo dục mẫu giáo, tiểu học.
- Phối hợp can thiệp tại các trung tâm, trường mầm non và tại nhà.
- Đánh giá về sự phát triển vận động thô - tinh, giao tiếp-ngôn ngữ, cá nhân
-

xã hội, trí tuệ thường quy 6 tháng/lần.

Các biện pháp can thiệp

sớm a) Vận động

- Xoa bóp.

- Các kỹ thuật tạo thuận: lẫy, ngồi, bò, đứng đi. b) Hoạt động trị liệu

- Huấn luyện kỹ năng vận động tinh bàn tay. - Huấn luyện kỹ năng sinh hoạt hàng ngày. c) Ngôn ngữ trị liệu

- Kích thích kỹ năng giao tiếp sớm

- Huấn luyện kỹ năng hiểu và diễn đạt ngôn ngữ. d) Giáo dục mầm non

Thuốc: Động kinh, Hormon giáp trạng, cerebrolysin, điều trị còi xương.

Các hoạt động.**a) Vận động trị liệu**

Xoa bóp cơ tay chân và thân mình:

- Xoa bóp cơ tay: Trẻ nằm ngửa trên giường, ta ngồi hoặc đứng bên phía tay

cần xoa. Tiến hành vuốt mơn trên da trẻ, chà xát lòng bàn tay- mu tay, nhào cơ, rung cơ cẳng tay, cánh tay.

Xoa bóp chân: Trẻ nằm ngửa trên giường, ta ngồi hoặc đứng phía dưới chân cần xoa. Tiến hành xoa vuốt mơn, chà xát lòng bàn chân-mu chân, bóp cơ, nhào cơ, rung cơ bắp chân, đùi.

Xoa bóp cơ lưng: Trẻ nằm sấp trên giường, ta ngồi hoặc đứng bên cạnh trẻ. Tiến hành xoa vuốt mơn, miết dọc 2 bên cột sống- cạnh xương chậu

+ Kê xương sườn, bóp cơ, nhào cơ, rung cơ. Tạo thuận nâng đầu bằng tay:

Mục tiêu: Giúp trẻ nâng đầu cổ tốt hơn.

Kỹ thuật: Đặt trẻ nằm sấp ở tư thế gập háng và gối. Một tay ta cố định trên mông trẻ, tay kia dùng ngón trỏ và ngón giữa ấn day mạnh dọc theo hai bên đốt sống từ cổ xuống thắt lưng.

Kết quả mong muốn: Trẻ nâng đầu và duỗi thẳng thân mình.

Mục tiêu: Giúp trẻ lật ngửa sang sấp.

Kỹ thuật: Đặt trẻ nằm ngửa. Chân phía dưới duỗi. Gập một chân trẻ và nhẹ nhàng đưa chéo qua người trẻ. Khi trẻ đã nằm nghiêng ta từ từ đẩy thân mình trẻ sang bên đó và đợi trẻ tự lật nghiêng người.

Kết quả mong muốn: Trẻ có thể phối hợp lật nghiêng người từ nằm ngửa sang sấp.

Thăng bằng ở tư thế ngồi trên sàn, hoặc trên ghế

Mục tiêu: Tăng khả năng điều chỉnh thân mình để giữ thăng bằng.

Kỹ thuật:

Đặt trẻ ngồi trên sàn. Dùng hai tay cố định hai đùi trẻ. Đẩy nhẹ người trẻ sang bên, ra trước sau.

Đề trẻ tự điều chỉnh thân mình để giữ thẳng bằng ngồi.

Kết quả mong muốn: Trẻ có thể điều chỉnh thân mình để giữ thẳng bằng.

Tạo thuận bò trên đùi ta:

Mục tiêu: Tăng khả năng giữ thẳng bằng thân mình ở tư thế bò.

- Kỹ thuật: Đặt trẻ quỳ trên đùi ta, chân dưới gập, chân trên duỗi thẳng.
Dùng

một tay cố định trên hông trẻ, tay kia giữ bàn chân trẻ. Đẩy nhẹ vào gót chân trẻ về phía trước và hỗ trợ nâng thân trẻ bằng đùi ta khi trẻ bò.

Kết quả mong muốn: Trẻ có thể giữ thẳng chân trên, thân mình thẳng.

Tạo thuận ngồi xổm và ngồi đứng dậy:

Mục tiêu: Tăng khả năng duy trì thẳng bằng ở tư thế ngồi xổm.

Kỹ thuật: Đặt trẻ ngồi xổm, ta quỳ phía sau trẻ dùng hai tay cố định ở hai gối trẻ. Dồn trọng lượng của trẻ lên hai bàn chân. Để trẻ chơi ở tư thế ngồi xổm. Bảo trẻ đứng dậy với sự hỗ trợ của ta.

Kết quả mong muốn: Trẻ có thể giữ thẳng bằng thân mình ở tư thế ngồi xổm trong vài phút...

Tạo thuận đứng bám có trợ giúp bằng tay:

Mục tiêu: Tăng khả năng thẳng bằng ở tư thế đứng.

Kỹ thuật: Đặt trẻ đứng bám vào mép bàn, hoặc trước bàn với hai chân để rộng hơn vai. Ta dùng hai tay cố định ở đùi hoặc háng trẻ. Đặt vài đồ chơi trên bàn.

Kết quả mong muốn: Trẻ có khả năng giữ thẳng bằng ở tư thế đứng trong lúc

chơi: hai chân duỗi thẳng ở khớp gối, bàn chân đặt vuông góc xuống sàn. **b) Hoạt động trị liệu**

Hoạt động trị liệu bao gồm:

Huấn luyện vận động tinh của hai bàn tay:

Kỹ năng cầm đồ vật.

Kỹ năng với cầm đồ vật.

Kỹ năng ăn uống.

Kỹ năng mặc quần áo.

Kỹ năng đi giày dép.

Kỹ năng vệ sinh cá nhân: tắm rửa, đánh răng, rửa mặt.

Kỹ năng nội trợ: đi chợ, tiêu tiền, nấu nướng, dọn dẹp.

Huấn luyện kỹ năng nghề nghiệp:

Chọn nghề.

Học nghề cho phù hợp.

Chia một hoạt động cần dạy trẻ ra thành từng bước nhỏ.

Giải thích và làm mẫu các bước của hoạt động đó.

Sau đó dạy trẻ từng bước một từ đầu đến cuối hoặc từ cuối lên đầu.

Để trẻ tự tham gia bước nó thích nhất, ta làm nốt các bước khác.

Khen trẻ sau mỗi bước trẻ tự làm hoặc tham gia làm.

Khi trẻ làm tốt một bước, dạy trẻ làm thêm một bước nữa.

Giảm dần sự trợ giúp và tăng dần sự tự lập của trẻ. **c) Ngôn ngữ trị liệu:** giao tiếp sớm và ngôn ngữ: Nguyên tắc:

Can thiệp sớm về giao tiếp và ngôn ngữ được bắt đầu ngay sau khi trẻ được phát hiện là chậm PTTT.

Can thiệp sớm về giao tiếp và ngôn ngữ phải đồng thời với các biện pháp khác như tạo thuận vận động thô, hoạt động trị liệu.

Chương trình can thiệp sớm về giao tiếp và ngôn ngữ phải dựa vào đánh giá chức năng của trẻ.

Huấn luyện về giao tiếp sớm bao gồm:

Huấn luyện kỹ năng tập trung

Bé trẻ gần sát mặt mình nói chuyện, nựng và thể hiện các nét mặt cười, vui, buồn... cho trẻ quan sát.

Đưa đồ chơi màu sắc khác nhau, hình dáng khác nhau cho trẻ nhìn theo.

Chơi ú oà với trẻ, đợi trẻ dõi nhìn theo mặt bạn.

Lắc các đồ chơi có phát ra âm thanh (xúc xắc, chút chít), bắt chước tiếng các con vật... cho trẻ nghe.

Chơi trò chơi tạo ra tiếng động: bắt chước tiếng kêu của con vật cho trẻ nghe -> đợi trẻ phát âm theo. Ta vỗ tay cổ vũ trẻ

Nói chuyện, hát hoặc bật nhạc trẻ em cho trẻ nghe. Quan sát nét mặt của trẻ khi nghe các âm thanh khác nhau.

Trò chơi lần lượt: bỏ viên sỏi vào lon côca gây nên tiếng động cho trẻ nghe -

đợi trẻ bắt chước làm theo.

Cho trẻ chơi theo nhóm: gọi tên từng trẻ -> trẻ giơ tay khi được gọi tên.

Huấn luyện kỹ năng bắt chước và lần lượt: Bắt chước:

+ Trẻ học mọi thứ thông qua bắt chước. Trẻ bắt chước nét mặt, cử động cơ thể

(giơ tay chào, tạm biệt...), hoạt động với đồ chơi, phát âm âm thanh và từ ngữ (nói)...

Lần lượt:

Lần lượt là một kỹ năng quan trọng mà mọi trẻ đều học khi giao tiếp (trẻ khóc -> mẹ đến dỗ dành; trẻ đòi ăn, chỉ tay đòi -> mẹ đến cho trẻ ăn; trẻ chỉ tay vào đồ vật nó muốn -> mẹ đưa cho trẻ...). Trẻ chậm PTTT thường không có kỹ năng lần lượt (không biết đáp ứng lại việc dạy của ta). Vì vậy huấn luyện kỹ năng lần lượt rất quan trọng đối với trẻ chậm PTTT.

Nựng trẻ bằng âm thanh, cù bụng -> đợi trẻ cười -> nựng và cù tiếp -> đợi trẻ phản ứng.

Trẻ phát âm -> ta bắt chước âm thanh của trẻ -> đợi trẻ đáp ứng.

Ta làm mẫu một hành động: vỗ tay, giơ tay -> bảo trẻ làm theo -> đợi trẻ làm theo.

Chơi trò ú ả: Che tay vào mặt nói “ú”, bỏ tay ra và nói “à”.

Huấn luyện kỹ năng chơi:

Kỹ năng giao tiếp sớm. Kỹ năng ngôn ngữ.

Kỹ năng vận động thô (bò, trườn, đứng, đi).

Kỹ năng vận động tinh (cầm nắm đồ vật, với cầm).

Kỹ năng sinh hoạt hàng ngày (rửa tay, mặc quần áo...). Cảm giác (nhìn, nghe, sờ).

Khám phá thế giới xung quanh. Giải quyết vấn đề.

Trò chơi mang tính xã hội: Trò chơi cảm giác.

Trò chơi vận động.

Huấn luyện giao tiếp bằng cử chỉ + tranh ảnh:

Cử chỉ là một phần quan trọng của giao tiếp. Hàng ngày ta hay dùng cử chỉ điệu bộ để giao tiếp với người khác.

Giao tiếp bằng cử chỉ bao gồm:

ánh mắt: đưa mắt nhìn về phía đồ vật trẻ muốn.

Cử động của cơ thể: giơ tay ra xin, cúi đầu xin thứ trẻ muốn.

Chỉ tay, với tay: về phía vật trẻ muốn, giơ tay đòi bế, giơ tay vẫy khi chào tạm

biệt.

Giao tiếp bằng tranh ảnh gồm:

Sách, truyện trẻ em.

Thẻ tranh dạy trẻ mẫu giáo: nhận biết con vật, vật trong tranh, tìm thẻ tranh có con vật trẻ biết trong 2, 3...thẻ tranh khác nhau.

So cặp: tranh với tranh, đồ vật với tranh, người thật với ảnh... Hội thoại qua tranh ảnh.

Huấn luyện kỹ năng ngôn ngữ bao gồm: Huấn luyện kỹ năng hiểu ngôn ngữ.

Huấn luyện kỹ năng diễn đạt bằng ngôn ngữ. + Diễn đạt qua dấu hiệu, tranh ảnh, biểu tượng. + Diễn đạt bằng lời nói.

Huấn luyện kỹ năng học đường:

Huấn luyện kỹ năng trước khi đến trường Huấn luyện kỹ năng học đường

Nguyên tắc dạy ngôn ngữ:

Trẻ phải hiểu, biết ý nghĩa của âm thanh, từ và câu trước khi nói. Nói chuyện nhiều với trẻ, dùng ngôn ngữ đơn giản, nói chậm, to. Sử dụng dấu hiệu để giúp trẻ hiểu (vừa nói vừa dùng dấu).

Sử dụng một vài đồ vật hoặc tranh ảnh, chỉ vào vật vừa nói vừa dùng dấu.

Động viên khen thưởng đúng lúc.

Giáo dục trẻ và tư vấn cho gia đình

Giáo dục mẫu giáo, phổ thông giúp trẻ phát triển toàn diện về thể chất và trí tuệ tạo điều kiện cho trẻ chậm phát triển trí tuệ hội nhập xã hội ở mức cao nhất.

Ban điều hành chương trình PHCN dựa vào cộng đồng (y tế, giáo dục, các ban ngành khác) và cha mẹ trẻ có trách nhiệm trong việc cho trẻ đi học mẫu giáo, phổ thông.

Các hình thức giáo dục cho trẻ chậm phát triển trí tuệ: Giáo dục hoà nhập, giáo dục đặc biệt, lớp học tình thương, học tại nhà.

Cha mẹ có thể liên hệ với bác sỹ PHCN, kỹ thuật viên PHCN tại các Khoa PHCN của các bệnh viện trung ương-tỉnh, các trung tâm chỉnh hình và PHCN để có được các thông tin về PHCN cho trẻ bị chậm phát triển trí tuệ.

Hướng nghiệp:

Các công việc người chậm phát triển trí tuệ có thể làm: nội trợ, chăn nuôi gia súc, trồng cây, nghề thủ công đơn giản...và thậm chí một số công việc có thu nhập tốt như vi tính, bán hàng, bán báo...

Các tỉnh thường có các trung tâm hướng nghiệp cho người khuyết tật mà người chậm phát triển trí tuệ có thể tham gia. Gia đình có trách nhiệm liên hệ với các trung tâm này để người chậm phát triển trí tuệ có thể học các việc phù hợp với hoàn cảnh của địa phương.

Hỗ trợ về tâm lý:

Trẻ em, người lớn bị chậm PTTT không được PHCN sớm có thể có những vấn đề về tâm lý cần được cán bộ tâm lý hỗ trợ.

Gia đình cần giải thích cho trẻ hiểu về tình trạng bệnh tật của trẻ, chấp nhận và vượt qua mặc cảm của bệnh tật.

Nhà trường cần giải thích cho các học sinh trong trường hiểu về tình trạng bệnh tật của trẻ chậm PTTT để có sự thông cảm và giúp đỡ.

d) Điện châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt: Ấn đường, Thái dương,

Bách hội, Tứ thần thông, Suất cốc, Thính cung, Phong trì, Thượng liên tuyền, Khúc trì, Nội quan, Tâm du, Thần môn, Thái xung, Thái Khê, Thận du, Tam âm giao, Giảo sử,

V. TIỀN LƯỢNG

Nhiều trẻ chậm phát triển trí tuệ từ nhẹ đến trung bình có thể tự hỗ trợ bản thân, sống độc lập và thành công trong công việc đòi hỏi trí tuệ cơ bản. Tuổi thọ có thể giảm, tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh, nhưng chăm sóc sức khỏe có thể kéo dài thời gian sống cho tất cả các dạng khuyết tật phát triển. Những người thiếu năng trí tuệ trầm trọng có thể phải cần hỗ trợ suốt đời. Nguy cơ tử vong cao khi trẻ có khuyết tật phát triển nặng và bất động trong thời gian dài.

VI. PHÒNG BỆNH

Tư vấn di truyền: có thể giúp các cặp vợ chồng có nguy cơ cao hiểu được những rủi ro có thể xảy ra. Nếu một đứa trẻ có khuyết tật về trí tuệ, đánh giá nguyên nhân có thể cung cấp cho gia đình thông tin rủi ro thích hợp cho những lần mang thai sau.

Sàng lọc trước sinh nên được thực hiện ở các cặp vợ chồng muốn có con. Xét nghiệm tiền sản cho phép các cặp vợ chồng cân nhắc việc chấm dứt thai sản và kế hoạch hóa gia đình sau đó. Các xét nghiệm bao gồm:

- + Chọc màng ối hoặc sinh thiết gai rau
- + Siêu âm
- + Định lượng Alpha-fetoprotein trong huyết thanh mẹ

Chọc ối hoặc sinh thiết gai rau có thể phát hiện rối loạn chuyển hóa và nhiễm sắc thể, trẻ mang mầm bệnh và các khuyết tật hệ thần kinh trung ương (ví dụ dị tật ống thần kinh, dị tật thiếu một phần não). Chọc ối được chỉ định cho phụ nữ có thai > 35 tuổi (vì nguy cơ sinh con có hội chứng Down cao) và phụ nữ có tiền sử gia đình có các rối loạn chuyển hóa không di truyền.

Siêu âm cũng có thể xác định khuyết tật CNS.

Định lượng Alpha-fetoprotein trong huyết thanh mẹ là một sàng lọc hữu ích cho các khuyết tật ống thần kinh, hội chứng Down và các bất thường khác.

Vắc xin có tác dụng phòng các bệnh sởi, phế cầu, não mô cầu và H. influenzae gây viêm màng não - nguyên nhân của tình trạng thiếu năng trí tuệ.

Tiếp tục cải thiện và tăng cường công tác chăm sóc sản khoa và sơ sinh, sử dụng phương pháp thay máu và Rh₀(D) globulin miễn dịch để ngăn

ngừa bệnh tan máu sơ sinh đã làm giảm tỷ lệ thiếu năng trí tuệ; tăng tỷ lệ sống sót của trẻ sơ sinh cực kỳ nhẹ cân lên từng năm.

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

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

Khả năng diễn đạt không rõ ràng:

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

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

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

Khả năng tập trung kém trong mọi hoạt động.

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

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

Chậm phát triển - Vận động thô (lấy, ngồi, bò, đứng, đi).

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

VIII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

Bộ Y tế (2018) Hướng dẫn phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ em khuyết tật

Bộ y tế (2015) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015.

Bộ y tế (2014) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng. Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN GIẤC NGỦ Ở TRẺ EM

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

ĐẠI CƯƠNG

1. Mất Ngủ

Ngủ là nhu cầu sinh lý tự nhiên của con người nhằm cân bằng các yếu tố nội

sinh và ngoại sinh. Đặc trưng của giấc ngủ là có sự dao động nhịp ngày đêm nhằm đảm bảo cho hoạt động của đại não trong trạng thái thức tỉnh. Nhịp thức ngủ phối hợp với các thay đổi về sinh lý như: hô hấp, tim mạch, thân nhiệt, điều tiết hormon trong cơ thể.

Giấc ngủ có tác dụng giúp cơ thể phục hồi sức khỏe và phát triển. Trong khi ngủ, tuyến tiền yên trong não của trẻ em tiết ra hormon tăng trưởng. Giấc ngủ đặc biệt quan trọng tới sự phát triển trí não của trẻ em.

Tùy theo lứa tuổi và đặc điểm hoạt động của hệ thần kinh, mỗi trẻ sẽ có nhu cầu ngủ khác nhau. Trẻ sơ sinh thường ngủ 20 - 22 giờ mỗi ngày, chỉ thức khi đói và bị ướt. Trung bình trẻ dưới 1 tuổi ngủ 16 – 18 giờ mỗi ngày, 1 - 2 tuổi ngủ 14 - 16 giờ mỗi ngày, 2 - 3 tuổi ngủ 12 - 14 giờ mỗi ngày, 3 - 6 tuổi ngủ 11 - 12 giờ mỗi ngày, trẻ 7 - 10 tuổi ngủ 10 giờ mỗi ngày (trong đó giấc ngủ trưa là 1 - 2 giờ).

Mất ngủ là những liên quan đến những than phiền như khó dỗ giấc ngủ, dễ thức giấc, ngủ không ngon giấc, ngủ ít, thường xuyên và kéo dài sự tỉnh giấc, kèm theo các khó chịu và các suy giảm trong ngày liên quan đến mất ngủ như dễ kích thích, khó khăn chịu đựng áp lực, khó tập trung, suy nhược.

Mất ngủ hầu hết thường được nghĩ là một triệu chứng hơn là một rối loạn hay còn gọi là mất ngủ thứ phát. Tuy nhiên, gần đây thuật ngữ mất ngủ thứ phát không phù hợp được thay bằng các rối loạn kèm theo rối loạn giấc ngủ.

2. Phân Loại Theo ICD 10

F51 Rối loạn giấc ngủ không do nguyên nhân thực thể

F51.0 Mất ngủ không do nguyên nhân thực thể

F51. 1 Chứng ngủ nhiều không do thực thể

F51.2 Rối loạn thời biểu thức ngủ không do nguyên nhân thực thể

F51.3 Chứng miên hành

F51.4 Chứng khiếp sợ trong khi ngủ

F51.5 Ác mộng

F51.8 Rối loạn giấc ngủ không do nguyên nhân thực thể khác

F51.9 Rối loạn giấc ngủ không do nguyên nhân thực thể, không xác định

NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ THUẬN LỢI

1. Nguyên nhân

Một số thể rối loạn giấc ngủ ở trẻ em thường xảy ra khi trẻ bị lo âu và mang tính chất gia đình.

Yếu tố thuận

lợi - Cơ thể mệt
mỏi.

- Bị mắc bệnh cơ thể.
- Sang chấn tâm lý gây căng thẳng về tinh thần.

III. CHẨN ĐOÁN

Triệu chứng lâm sàng

Trẻ em có thể bị rối loạn giấc ngủ theo nhiều kiểu khác nhau như: có cơn ngừng thở ngắn kèm ngáy khi ngủ, máy giật cơ khi ngủ, ngủ ngày quá nhiều, các cử động chân tay có tính chu kỳ, cơn miên hành, mất ngủ, cơn hoảng sợ ban đêm... trong số đó cơn miên hành và cơn hoảng sợ ban đêm gặp khá phổ biến.

1.1 Cơn miên hành:

Cơn miên hành là những hành động trẻ thực hiện dường như là có mục đích khi trẻ đột ngột choàng dậy từ giấc ngủ sâu. Khi đó trẻ có thể làm những động tác đơn giản như ngồi dậy tại giường, một số trẻ khác có những động tác tự động phức tạp như: đi lại, mặc quần áo, ăn uống. Cơn miên hành thường xảy ra vào thời điểm 1-2 giờ sau khi ngủ (vào giai đoạn 3 và 4 của giấc ngủ chậm), trong cơn trẻ mở mắt nhìn nhưng nếu nói với trẻ thì hầu như trẻ không hiểu. Cơn kéo dài khoảng dưới 30 phút. Sau cơn trẻ lại ngủ tiếp. Sáng hôm sau hỏi trẻ không nhớ gì về cơn đã xảy ra trong đêm.

Chứng miên hành gặp khá phổ biến: khoảng 10 – 15 % trẻ em độ tuổi 5 – 12 tuổi có cơn miên hành. Trẻ trai bị nhiều hơn trẻ gái.

1.2. Cơn hoảng sợ ban đêm:

Cơn hoảng sợ ban đêm thường xảy ra ở trẻ nhỏ từ 1 đến 8 tuổi và có thể kèm theo cơn miên hành. Cơn hoảng sợ thường xảy ra vào giai đoạn 3 và 4 của giấc ngủ chậm. Triệu chứng biểu hiện là: đột nhiên trẻ ngồi dậy hoặc vùng vẫy, la hét khóc lóc sau khi đã ngủ được vài giờ. Trẻ biểu lộ sự sợ hãi, căng thẳng, bồn chồn, mắt mở to nhưng dường như vẫn đang thiếp ngủ, người mẹ không thể dỗ dành cho trẻ yên hoặc không thể đánh thức cho trẻ tỉnh hẳn được. Cơn xảy ra kéo dài 10 - 15 phút. Sau cơn trẻ ngủ thiếp đi. Sáng hôm sau tỉnh dậy trẻ không nhớ gì về cơn đã xảy ra.

2. Xét nghiệm

Công thức máu, Huyết học, sinh hóa máu, sắt, kẽm, ferritin, FT3, FT4, TSH

Nội soi Tai Mũi Họng

Nếu trẻ có cơn miên hành, mất ngủ, cơn ngừng thở khi ngủ, nghi ngờ cơn động kinh ban đêm thì trẻ cần được làm một số xét nghiệm như: điện não đồ, điện

cơ đồ, điện tâm đồ, nhãn cầu đồ, quay video.

Trắc nghiệm tâm lý: nhóm trắc nghiệm tâm lý đánh giá rối loạn giấc ngủ, đánh giá trầm cảm, đánh giá lo âu, đánh giá nhân cách...

Các xét nghiệm chuyên khoa khác xác định bệnh lý kết hợp hoặc loại trừ nguyên nhân thực thể.

3. Chẩn đoán xác định

Đánh giá rối loạn ngủ của trẻ em ở mọi lứa tuổi hầu như là giống nhau. Cần thiết phải hỏi tiền sử và khám sức khỏe cho trẻ toàn diện, đặc biệt lưu ý đến tình trạng béo phì, amygdale quá phát, vấn đề về tai giữa, co giật, dị ứng, hen và sử dụng thuốc.

Đánh giá đường thở bao gồm kích thước amygdal, luồng khí thở qua mũi, bất thường trên mặt. Tuy nhiên ít tìm thấy những bất thường về sinh lý ở những trẻ bị rối loạn giấc ngủ.

Tìm hiểu về bệnh sử của rối loạn giấc ngủ cần chú ý tới môi trường của trẻ khi ngủ, ngậm tay khi ngủ, ăn thêm về ban đêm, kêu thét hoặc lú lẫn, đái dầm, nghiến răng, cơn hoảng sợ, máy giật chân tay.

Tiền sử về phát triển và tâm bệnh lý rất cần thiết để xác định nguyên nhân của rối loạn ngủ.

4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với cơn động kinh xảy ra vào ban đêm, cơn hen, tác dụng phụ một số loại thuốc, lo âu, trầm cảm.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Mất ngủ không thực tổn liên quan chủ yếu đến các nhân tố tâm sinh, đặc biệt rối loạn cảm xúc là nhân tố được coi là nguyên phát. Do vậy trong điều trị có hai nhóm lớn: tâm lý(nhận thức – hành vi) và dược lý, hai nhóm này có thể kết hợp với nhau.

Nguyên tắc chọn thuốc: Ưu tiên đơn trị liệu, khởi đầu liều thấp và tăng từ từ cho đến khi có hiệu quả, hạn chế lạm dụng nhóm giải lo âu gây nghiện.

2. Điều trị tâm lý

Các liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị giấc ngủ như: Kiểm soát các kích thích, Liệu pháp hạn chế ngủ. Tập huấn thư giãn, điều chỉnh nhận thức không phù hợp về giấc ngủ, Vệ sinh giấc ngủ

Xử trí điều trị cơn miên hành và cơn hoảng sợ ban đêm:

Hướng dẫn trẻ tập thư giãn trước khi ngủ: hít sâu thở đều, thả lỏng cơ bắp, nhắm đếm theo nhịp thở.

Hướng dẫn gia đình các biện pháp phòng ngừa những tổn thương cơ thể có thể xảy ra khi trẻ bị rối loạn giấc ngủ: không cho trẻ nằm giường cao, không để những vật sắc nhọn hoặc dễ vỡ ở gần giường ngủ, đóng lốt đi cầu thang và cửa nhà, cửa sổ về ban đêm để trẻ không ra khỏi nhà.

Giúp trẻ trở lại giấc ngủ bình thường sau khi trẻ bị cơn miên hành hoặc cơn hoảng sợ ban đêm bằng cách vỗ về, dỗ dành, an ủi, đặt trẻ nhẹ nhàng vào giường.

Đối với những trẻ thường xuyên bị rối loạn ngủ có thể làm giảm tần xuất cơn bằng cách: ghi chép khoảng thời gian từ khi trẻ bắt đầu ngủ cho đến khi có cơn trong 7 đêm liên tục để biết được qui luật khi nào thì trẻ có cơn. Sau đó chủ động đánh thức trẻ dậy trước khi cơn vẫn thường xảy ra trước đó 15 phút. Cho trẻ thức tỉnh khoảng 5 phút, sau đó lại cho trẻ ngủ tiếp.

Nếu xác định có sang chấn tâm lý thì cần tư vấn cho trẻ và gia đình khắc phục vấn đề này.

Nếu áp dụng các biện pháp tâm lý không hiệu quả, một số trẻ phải điều trị bằng thuốc giải lo âu như Diazepam, thuốc chống trầm cảm 3 vòng như Amitriptylin, hoặc thuốc ổn định khí sắc như Carbamazepin, valproate để làm giảm tần suất cơn.

2. Thuốc

a) Thuốc Ngủ - Thuốc Giải Lo Âu Gây Ngủ

Thuốc	Liều dùng
Diazepam	2.5 - 10mg

b) Thuốc Chống Trầm Cảm Có Tác Dụng Êm Dịu Gây Ngủ

Thuốc	Liều dùng
Amitriptyline	10 - 100mg

c) Thuốc Chống Loạn Thần Tác Dụng Gây Ngủ

Thuốc	Liều dùng
-------	-----------

Haloperidol	0.5 - 40mg
Risperidone	0.25 - 6mg

d) Thuốc Điều Chỉnh Khí Sắc Có Tác Dụng Gây Ngủ

Thuốc	Liều dùng
Carbamazepine	100 - 800mg
Divalproat	125 - 2000mg
Oxcarbazepine	150 - 2400mg

e) Thuốc Khác

Thuốc	Liều dùng
Clonidine	0.1 - 1.2mg

Một số thuốc khác điều trị rối loạn giấc ngủ: melatonin...

Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin...

Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức...

Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamin nhóm b, và khoáng chất, chế độ ăn

dễ tiêu hóa, tránh chất kích thích, uống đủ nước...

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Khởi phát của cơn miên hành thường bắt đầu khi trẻ 4 -8 tuổi và đạt cực điểm khi 12 tuổi. Nhiều trẻ có thể tự khỏi khi lớn lên do quá trình phát triển và ổn định của hệ thần kinh trung ương. Một số người trưởng thành có thể vẫn bị chứng này khi có sang chấn tâm lý, một số ít có thể là do bị động kinh. Con hoảng sợ ban đêm có thể tự khỏi nếu loại trừ các sang chấn tâm lý và trẻ được điều chỉnh chế độ sinh hoạt học tập vui chơi hợp lý.

VI. PHÒNG BỆNH

Không nên cho trẻ ngủ ban ngày nhiều.

Tập thói quen đi ngủ đúng giờ.

Nơi ngủ thoáng mát yên tĩnh.

Không gây cho trẻ tình trạng kích thích hoặc ức chế thần kinh.

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Khi trẻ điều trị ngoại trú không cải thiện được triệu chứng và có các rối loạn tâm lý đi kèm như: rối loạn lo âu, trầm cảm...

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp.
Quyết định 2058/ QĐ-BYT ngày 14/5/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN TIC (F95)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Tic là một vận động hay phát âm không chủ ý, xảy ra nhanh, tái diễn, không có nhịp và thường liên quan đến một nhóm cơ nhất định. Tic xuất hiện đột ngột và không có mục đích rõ ràng. Các tic thường không thể kìm nén được, nhưng nói chung cũng có thể làm mất đi tạm thời trong thời gian vài phút đến vài giờ (do chủ ý hay do distract).

Tic thường gặp ở trẻ em trai nhiều hơn, trẻ em bị tic thường có tiền sử gia đình bị rối loạn tic.

NGUYÊN NHÂN

- Yếu tố di truyền

- Rối loạn sinh hóa thần kinh như tăng dopamin và adrenalin. - Yếu tố khí chất ở những trẻ tính tình không ổn định.

- Yếu tố thuận lợi: Sang chấn tâm lý, mệt mỏi thiếu ngủ, sau một bệnh lý cơ

thể, trên các trẻ có rối loạn tăng động giảm chú ý.

Chẩn đoán xác định

Lâm sàng

- Chẩn đoán tic chủ yếu dựa vào lâm sàng mà không có phương pháp cận lâm

sàng đặc hiệu.

Các đặc điểm cho phép phân biệt tic với các rối loạn vận động khác:

Tic xuất hiện đột ngột, nhanh, trong thời gian ngắn và giới hạn của vận động

một nhóm cơ;

Không có tổn thương thần kinh;

Tic là rối loạn lặp đi lặp lại, tái diễn;

Tic (thường) biến mất trong lúc ngủ;

Tic có thể dễ gây tái hiện hay làm mất đi một cách chú ý;

Tic không diễn biến có nhịp.

Các thể lâm sàng:

Trong Bảng phân loại Bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) -1992, mô tả ba thể chính:

Tic nhất thời là tic thường gặp nhất. Tic đáp ứng các tiêu chuẩn chung của

Tic nói trên, kéo dài không quá 12 tháng.

Biểu hiện thường gặp là nháy mắt, điệu bộ ở mặt, vận động đột ngột của đầu. Ở một số trường hợp, tic chỉ xuất hiện một đợt duy nhất. Trong các trường

hợp khác, các đợt thuyên giảm và tái phát có thể kế tiếp nhau trong vài tháng.

(2) Tic vận động hay tic âm thanh mạn tính

Tic đáp ứng các tiêu chuẩn chung nói trên, có thể chỉ có tic vận động hoặc chỉ có tic âm thanh, có thể là tic đơn thuần hay thường gặp hơn là tic phức tạp và kéo dài trên 12 tháng. Thể này thường kèm theo rối loạn tâm căn.

Thể kết hợp tic âm thanh và tic vận động (Hội chứng Gilles de la Tourette)

một thời điểm của quá trình bệnh, tic vận động phức tạp hay tic âm thanh phức tạp xảy ra nhưng không nhất thiết đồng thời. Đa số trường hợp tic khởi phát ở 2 – 15 tuổi. Tic vận động thường xuất hiện trước tic âm thanh, kéo dài trên một năm. Tic thường nặng lên ở tuổi thanh thiếu niên và kéo dài đến tuổi người lớn.

Tic âm thanh thường là nhiều loại: phát âm, hắng giọng, gâu gâu, ụt ịt đột ngột và tái diễn, có khi phát ra các từ hay câu tục tĩu; một số trường hợp kết hợp với nhại các động tác thô tục.

Các tic vận động và tic âm thanh có thể chủ ý làm mất đi trong một thời gian (vài phút đến vài giờ). Các tic này tăng lên do stress và mất đi trong lúc ngủ.

Tic thường xuất hiện đơn độc nhưng cũng hay gặp các tic kèm theo các rối loạn cảm xúc đa dạng, các triệu chứng ám ảnh hay nghi bệnh hoặc các rối loạn đặc hiệu về phát triển.

1.2. Cận lâm sàng:

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

+ Công thức máu, sinh hóa máu, chức năng gan thận, sắt, kẽm, ferritin, chức năng tuyến giáp (T3, T4, TSH), nước tiểu, điện tim trước và trong quá trình điều trị

+ Tùy vào dạng TIC mà có thể cho làm thêm các xét nghiệm cận lâm sàng phù hợp với từng loại TIC khác nhau: XQ tim phổi, NS tai mũi họng ...

+ Đánh giá trẻ bằng các test Denver, RAVEN, WICS-IV, Vandebilt, Zung, Back

2. Chẩn đoán phân biệt

Loạn trương lực cơ, múa giật, múa vờn, rung giật cơ. Các cử động định hình gặp trong bệnh lý tự kỷ hay chậm phát triển.

Các hoạt động âm ảnh cưỡng chế có thể khó phân biệt với Tic phức tạp nhưng biểu hiện có khuynh hướng được giải quyết bởi mục đích của chúng hơn là bởi nhóm cơ có liên quan.

Ngoài ra, Tic có thể xuất hiện trong nhiều bệnh lý thần kinh như: bệnh Wilson, hội chứng Huntington, hội cứng Parkinson, múa vờn Sydenham.

IV. ĐIỀU

TRỊ 1.

Nguyên tắc

- Điều trị càng sớm càng tốt.
- Tư vấn gia đình bệnh nhân.
- Liệu pháp tâm lý, hóa dược.

2. Điều trị cụ thể

Tư vấn gia đình: Gia đình có thể lo sợ tic và có các phản ứng khác nhau. Cần giải thích cho họ hiểu về tic, nhận rõ và làm dịu các phản ứng đó: không quá lo sợ tic, không kìm nén tic, không xem tic là vấn đề gì lớn, có thái độ đúng mực với bệnh nhân.

Khi điều trị phải xem xét và tính đến các tâm bệnh lý kèm theo hay kết hợp.

Liệu pháp hóa dược:

Haloperidol (Haldol) là thuốc được lựa chọn hàng đầu để điều trị tic,

Clonidin (Catapresan): đây là thuốc chọn lựa thứ hai. Thuốc này có tác dụng điều trị tốt đối với tic động hơn là đối với tic âm thanh

Risperidone: liều ban đầu 0,05mg/kg/24giờ sau đó tăng dần liều. Liều trung bình: 0,05 – 0,1 mg/kg/24giờ

Liệu pháp tâm lý – vận động hay thư giãn chỉ định khi tic là một trạng thái phản ứng kết hợp một hành vi vận động với biểu hiện vụng về và tâm lý không ổn định.

Liệu pháp tâm lý được chỉ định khi tic có cấu trúc tâm căn hay loạn thần.

Liệu pháp hành vi nhằm giải điều kiện hóa: BN đứng trước gương và tự nguyện thực hiện tic trong 30 phút, một hay hai ngày một lần, cho đến khi tic chỉ xuất hiện như một thói quen vận động vì đã mất đi phần lớn ý nghĩa ban đầu của nó

Điện châm, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt: Bách hội, Ấn đường, Thái dương, Hợp cốc, Nội quan, Thần môn, Thái xung...

V. TIÊN LƯỢNG

Tic nhất thời thường khởi tự phát nhưng dễ tái phát. Tic mạn tính tiến triển kéo dài nhiều năm nhưng cũng có thuyên giảm từng đợt. Phần lớn các triệu chứng tic sẽ giảm hoặc mất hoàn toàn khi đến tuổi vị thành niên. Tuy nhiên nếu rối loạn tic đặc biệt là hội chứng tourette phối hợp với tăng động giảm chú ý hoặc ám ảnh cưỡng bức, các hoạt động xã hội, học tập nghề nghiệp có thể bị ảnh hưởng nhiều.

VI. PHÒNG BỆNH

Hạn chế cho trẻ xem ti vi, điện thoại nhiều.

Tạo cho trẻ môi trường sống, học tập tốt. Tránh căng thẳng, stress tâm lý.

Trẻ cần ngủ đủ giấc, tham gia các hoạt động vui chơi, thể dục thể thao.

Tic âm thanh kết hợp tic vận động ảnh hưởng đến cuộc sống của trẻ.

Tic kết hợp với các rối loạn khác như rối loạn lo âu, trầm cảm, tự kỷ, chậm phát triển tâm thần, tăng động giảm chú ý.

VIII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

1. Bệnh viện Nhi đồng 1 (2013). “Phác đồ điều trị nhi khoa”. Nhà xuất bản y học
2. Bộ y tế (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN BẠI NÃO TRẺ EM (G80)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

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

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

NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

1. Trước khi sinh

- Mẹ bị nhiễm virus nhất là trong 3 tháng đầu (rubeon, cúm, cytomegalo virus,

toxoplasma, herpes...), dùng hoặc tiếp xúc với một số thuốc (hoá chất, nội tiết tố...), nhiễm độc (chì, thủy ngân, thạch tín...)

Đột biến nhiễm sắc thể ở bào thai do nhiều nguyên nhân khác nhau.

Bất đồng nhóm máu (Rh)

Mẹ bị bệnh đái tháo đường, bệnh giáp trạng, nhiễm độc thai nghén...

Di truyền: mẹ chậm PTTT ...

2. Trong khi sinh

Trẻ đẻ non, cân nặng thấp, vàng da nhân não

Trẻ bị ngạt

Đẻ khó, can thiệp sản khoa

Sang chấn sản khoa.

3. Sau khi sinh

Trẻ bị sốt cao co giật

Trẻ bị nhiễm trùng: viêm màng não, viêm não...

Trẻ bị chấn thương đầu, não

Thiếu ôxy não: do đuối nước, ngộ độc hơi...

Trẻ bị các bệnh như: xuất huyết não-màng não, u não...

4. Không rõ nguyên nhân

III. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

1. Dấu hiệu phát hiện sớm trẻ 6 tháng tuổi Bốn dấu hiệu chính:

Không kiểm soát đầu, cổ và không biết lẫy,, nằm sấp không ngẩng đầu.

Trẻ có cơn co cứng, chân duỗi cứng khi đặt đứng.

Hai tay luôn nắm chặt.

Hai tay không biết với cầm đồ vật.

Bốn dấu hiệu phụ:

Không nhận ra khuôn mặt mẹ.

Trẻ ăn uống khó khăn.

Trẻ không đáp ứng khi gọi hỏi.

Trẻ khóc nhiều suốt ngày đêm.

Tiêu chuẩn chẩn đoán bại não theo thể lâm sàng

Thể co cứng có 2 tiêu chuẩn

a. Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh TW

- Tăng trương lực cơ ở các chi bị tổn thương (khi gập duỗi tay chân, trẻ cứng

lại và chống lại sức gập duỗi)

Giảm khả năng vận động riêng biệt tại từng khớp, trẻ vận động cả khối, thân thể cứng đờ.

Dấu hiệu tổn thương hệ tháp, bàn tay luôn nắm chặt, bàn chân duỗi chéo cứng đờ.

Tăng phản xạ gân xương ở các chi bị tổn thương

Có các phản xạ nguyên thủy

Dinh dưỡng cơ: không có teo cơ hoặc co rút ở các khớp

Có thể rối loạn điều hòa cảm giác

Thần kinh sọ có thể bị liệt

Các dấu hiệu khác: Đa động gân gót, co rút tại các khớp, cong vẹo cột sống, động kinh.

b. Chậm phát triển trí tuệ ở các mức khác nhau

2.2. Thể múa vờn: có 2 tiêu chuẩn

a. Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh TW

Trương lực cơ thay đổi lúc tăng lúc giảm ở tứ chi, đa số đều liệt tứ chi.

Giảm khả năng vận động thô.

Có các vận động không hữu ý.

Dấu hiệu tổn thương ngoại tháp: Các cử động vô ý thức, bàn tay, ngón tay ngoằn ngoèo như múa, như giun bò, rung giật, múa vờn.

Phản xạ gân xương bình thường hoặc tăng ở các chi bị tổn thương.

Có các phản xạ nguyên thủy

Dinh dưỡng cơ: không có teo cơ, ít co rút ở các khớp

Cảm giác: Có thể có rối loạn điều hòa cảm giác

Thần kinh sọ não: có thể bị liệt

Tư thế đầu và cổ không ổn định: luôn luôn ngật ngưỡng, gục xuống ...

Miệng luôn há ra liên tục, dãi rớt chảy ra.

Các dấu hiệu khác: Động kinh, rối loạn nhai nuốt, điếc ở tần số cao.

b. Chậm phát triển trí tuệ ở các mức khác nhau

2.3. *Thể thất điều: (mất điều phối) có 2 tiêu chuẩn*

Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh TW

Giảm trương lực cơ toàn thân, cơ luôn yếu, trẻ đứng, ngồi không vững vàng.

Rối loạn hoặc mất điều phối vận động hữu ý (Quá tầm, rối tầm, không thực hiện được động tác tinh vi, rối loạn thăng bằng đầu cổ và thân mình, mất thăng bằng, dáng đi như người say rượu)

Phản xạ gân xương bình thường hoặc tăng nhẹ.

Có các phản xạ nguyên thủy

Dinh dưỡng cơ: không có teo cơ hoặc co rút tại các khớp

Cảm giác: Có thể có rối loạn điều hòa cảm giác

Thần kinh sọ não: có thể bị liệt

Các dấu hiệu khác: Cong vẹo cột sống, động kinh.

b. Chậm phát triển trí tuệ ở các mức độ khác nhau

2.4. *Thể phối hợp cơ cứng và múa vờn: có 2 tiêu chuẩn*

Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh trung ương giống thể cơ cứng và múa vờn

Chậm phát triển trí tuệ ở các mức khác nhau

2.5. *Thể nhẽo (giảm trương lực) có 2 tiêu chuẩn*

Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh TW - Giảm trương lực cơ toàn thân.

- Giảm vận động hữu ý

- Phản xạ gân xương bình thường hoặc tăng nhẹ. - Có các phản xạ nguyên thủy

- Dinh dưỡng cơ: không có teo cơ hoặc co rút tại các khớp

- Cảm giác: Có thể có rối loạn điều hòa cảm giác

- Thần kinh sọ não: có thể bị liệt

- Các dấu hiệu khác: cong vẹo cột sống, động kinh, có dấu hiệu Babinski

Chậm phát triển trí tuệ ở các mức độ khác nhau

3. Cận lâm sàng

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

Siêu âm qua thóp: phát hiện các tổn thương khu trú như chảy máu não, giãn não thất.

Chụp citi hoặc cộng hưởng từ: xác định một số tổn thương não

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

Đo thị lực, thính lực, giảm thị lực, thị trường, giảm thính lực

Các xét nghiệm khác: CK, LDH để loại trừ bệnh cơ, T3, T4, TSH để loại trừ suy giáp, công thức máu, sinh hóa máu, sắt, kẽm, ferritin

Trắc nghiệm tâm lý: Vandebilt, Denver, Test DBC-P, ASQ ...

Thang phân loại chức năng vận động thô ở trẻ bại não (GMFCS – Gross Motor Function Classification System)

Thang điểm di chuyển Chức năng (FMS) (Graham, Harvey, Rodda, Nattras

Piripis, 2004)

Thang điểm phân loại Dáng đi Liệt cứng nửa người (Winters, Gage & Hicks,

1987)

Thang điểm phân loại Dáng đi liệt cứng hai chân (Rodda & Graham, 2001)

Thang điểm phân loại Khả năng sử dụng Tay (MACS & Mini-MACS) (Eliasson, Krumlinde Sundholm, Rösblad, Beckung, Arner, Öhrvall & Rosenbaum, 2005)

Thang điểm phân loại Chức năng Giao tiếp (CFCS) (Hidecker, Paneth, Rosenbaum, Kent, Lillie, Eulenberg, Chester, Johnson, Michalsen, Evatt & Taylor, 2011)

Thang điểm phân loại Khả năng Ăn Uống (EDACS) (Sellers, Mandy, Pennington, Hankins & Morris, 2014)

3. Chẩn đoán phân biệt

Rối loạn thoái hóa tiểu não với thể thất điều

Hội chứng Lesch-Nyhan với thể múa vờn

Teo cơ tủy: Giảm trương lực cơ kèm loạn dưỡng cơ

Loạn dưỡng chất trắng: giống bại não, cần Citi và MRI

IV. ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG:

A. NGUYÊN TẮC PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Giảm trương lực cơ (thể co cứng), giảm vận động không hữu ý bằng các điểm chủ chốt (thể múa vờn và thể phối hợp) tăng cường cơ lực ở một số nhóm cơ chính.

Phá vỡ, ức chế các phản xạ nguyên thủy (đuối chéo, nâng đỡ hữu hiệu)

Tạo thuận các vận động chức năng và kích thích sự phát triển vận động thô theo các mốc: lẫy, ngồi, bò, quỳ, đứng, đi.

Tăng cường khả năng độc lập trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày như: ăn uống, đánh răng, rửa mặt, tắm, đi vệ sinh, mặc quần áo.

Kích thích giao tiếp sớm và phát triển ngôn ngữ, tư duy

B. CÁC PHƯƠNG PHÁP VÀ KỸ THUẬT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Nhiệt trị liệu: Thường dùng nhiệt nóng: hồng ngoại.

Chỉ định: Các trường hợp co thắt cơ, ú trệ tuần hoàn, cứng khớp, làm mềm cơ trước khi xoa bóp vận động

Chống chỉ định: Chấn thương mới vùng da mất cảm giác, các bệnh về máu, nguy cơ chảy máu...

**Điện trị
liệu a. Tử
ngoại**

- Chỉ định: Bại não có còi xương –suy dinh dưỡng, Bại não thể nhẽo

- Chống chỉ định: Bại não có kèm theo động kinh, lao phổi tiến triển, suy thận,

suy gan, chàm cấp.

Phương pháp: Tử ngoại B bước sóng 280-315 nm

Thời gian: liều đo da độ 1 sau tăng dần lên (tổng liều 1-5 phút/lần) **b) Điện phân – điện xung – điện một chiều**

Thời gian điều trị: 15 phút/lần hàng ngày

Gavanic dẫn CaCl_2 , Lidocaine cổ vai gáy

Chỉ định: Trẻ chưa kiểm soát được đầu cổ, chưa biết lẫy

KT điện cực: Cực (+) đặt ở C₅₋₇, cực (-) đặt ở L₄₋₅

Gavanic dẫn CaCl_2 , Lidocaine lưng, thắt lưng

+ Chỉ định: Cho trẻ bại não chưa biết ngồi.

KT điện cực: Cực (+) đặt ở L₄₋₅, cực (-) đặt ở

C₅₋₇ - Gavanic ngược toàn thân

Chỉ định: Cho trẻ bại não thể co cứng liệt tứ chi

Mục đích: giảm trương lực nhóm cơ gấp mặt lòng khớp cổ chân nhằm đưa bàn chân về vị trí trung gian.

KT điện cực: Cực (-) đặt ở cơ dẹt hai bên, cực (+) đặt ở giữa hai bả vai hoặc thắt lưng

- Gavanic ngược khu trú chi trên

Chỉ định: Cho trẻ bại não thể co cứng liệt nửa người

Mục đích: Giảm trương lực nhóm cơ gấp mặt lòng khớp cổ tay nhằm đưa bàn chân về vị trí trung gian.

KT điện cực: Cực (-) đặt vào phần dưới cẳng tay liệt, cực (+) đặt ở 1/3 giữa cơ nhị đầu cánh tay

- Gavanic ngược khu trú chi dưới

Chỉ định: Cho trẻ bại não thể co cứng liệt nửa người

Mục đích: Giảm trương lực nhóm cơ vận gấp mặt lòng khớp cổ chân (cơ sinh đôi, cơ dẹt nhằm đưa bàn chân về vị trí trung gian

KT điện cực: Cực (-) đặt ở vùng cơ dẹt bên liệt (bắp chân), cực (+) đặt ở giữa hai bả vai hoặc thắt lưng

- Gavanic ngắt quãng (xung chữ nhật hoặc tam giác) khu trú (T/R)

Chỉ định cho trẻ bại não thể cơ cứng (bàn chân thuổng, bàn tay gập mu quá mức, co rút gập hình thành tại gối...), thể liệt mềm.

Mục đích: Không phải kích thích lên cơ trực tiếp mà kích thích lên thân kinh bị ức chế. Phương pháp này còn gọi là thể dục trị liệu

KT điện cực: Cực (-) đặt vào điểm vận động của cơ định kích thích, cực (+)

đặt ở vùng đầu gần của chi tương ứng

2. Vận động trị

liệu - Nguyên

tắc:

Kiểm soát theo các mốc phát triển về vận động thô của trẻ

□ □ □ □ □ □ □
Đầu cổ Lẫy Ngồi Quỳ Bò Đứng Đi Chạy.

Hoàn thành mốc trước rồi chuyển sang mốc
sau - Kỹ thuật tạo thuận vận động

Vận động thụ động có trợ giúp, chủ động vận động tối đa theo tầm hoặc hết tầm tại các khớp lớn. Thay đổi tư thế nằm: Chơi, ngủ đúng cho từng thể lâm sàng

Phá vỡ các phản xạ bất thường: Tập tạo thuận tay, chân. Tập tạo thuận tư thế đầu cổ. Tập phá vỡ phản xạ duỗi chéo, nâng đỡ hữu hiệu

Tăng khả năng kiểm soát đầu cổ: Tạo thuận nâng đầu cổ: trên sàn, trên gối tam giác, gối tròn, trên bóng. Kỹ thuật dạy học hai bên gai sau cột sống. Đai nâng cổ

Tăng khả năng lẫy: Tập thụ động, có trợ giúp trên sàn. Tư thế nằm nghiêng có gối lót

Tăng khả năng ngồi

Tập vận động thụ động, trợ giúp trẻ nằm ngồi dậy

Tập thăng bằng ngồi có trợ giúp: trên sàn, bóng, bàn thăng bằng, trên đùi

Ngồi đúng tư thế trong ghế đặc biệt: ghế góc, ghế có bộ phận tách hai chân.

Tăng khả năng quỳ - bò: Tập bò có trợ giúp

Tăng khả năng đứng

Tập ngồi xổm đứng dậy

Tập khả năng đi

3. Hoạt động trị liệu

Kỹ năng sử dụng hai bàn tay sớm: Cầm đồ vật, với cầm

Kỹ năng sinh hoạt hàng ngày: Ăn uống, mặc quần áo, đi giày dép, vệ sinh cá nhân, tắm rửa, đánh răng, rửa mặt.

4. Dụng cụ trợ

giúp a) Nẹp

chỉnh hình :

Nẹp chỉnh hình dưới gối: Nắn chỉnh biến dạng ở phần cổ - bàn chân. Giữ cổ

bàn chân ở tư thế tốt hơn.

Nẹp chỉnh hình trên gối: Nắn chỉnh biến dạng của khớp gối. Nắn chỉnh co rút khớp gối.

Nẹp khớp háng: Chỉnh trật khớp háng bẩm sinh

Đai nâng cổ: Giữ cổ ở tư thế trung gian, giúp kiểm soát đầu cổ tốt hơn

Nẹp tay: Nắn chỉnh biến dạng ở cổ tay, giữ bàn tay ở tư thế chức năng

Nẹp chỉnh hình cột sống: Nắn chỉnh sự cong vẹo của cột sống

Nâng đế: Bù chênh lệch chiều dài chân, ngăn ngừa vẹo cột sống

b) Dụng cụ trợ giúp

Ghế bại não: Ghế ngồi giúp trẻ bại não ngồi ở tư thế ngồi đúng.

Bàn tập đứng: Giúp trẻ bại não ở giai đoạn tập đứng.

Bàn tập nghiêng: Giúp trẻ phá vỡ phản xạ co cứng của tay và chân

Khung tập đi: Giữ ở tư thế đứng dồn trọng lượng lên 2 chân, giúp trẻ ở giai

đoạn tập đi

Xe tập đi: Giúp trẻ tập đi, yếu chân, thăng bằng kém

Tập đi với thanh song song, tập với nạng gậy tập đi, tập với bàn thăng bằng, tập với bóng to và nhỏ,vv

6. Thủy trị liệu:

Chỉ định: Trẻ bại não không có động kinh lâm sàng

Chống chỉ định: Trẻ bại não có động kinh lâm sàng

Mục đích: thư giãn, giảm trương lực cơ, tăng khả năng vận động.

Phương pháp: Bồn nước xoáy, bể bơi. Nhiệt độ 36-38⁰C

Thời gian 20-30p

7. Giao tiếp sớm và ngôn ngữ trị liệu

Giao tiếp sớm gồm: Tập trung, bắt chước, chơi đùa, Giao tiếp bằng cử chỉ, tranh ảnh, Kỹ năng xã hội

Kỹ năng ngôn ngữ bao gồm: Hiểu ngôn ngữ, diễn đạt bằng ngôn ngữ, các kỹ năng tại nhà trường

8. Tiêm thuốc dẫn cơ:

8.1. Tiêm Botulinum Toxin vào điểm vận động cơ co cứng:

Chỉ định: Trẻ bại não thể co cứng, co rút.

Chống chỉ định: Trẻ bại não thể múa vờn, thể nhẽo, thể thất điều....

Mục đích: Giảm trương lực cơ vùng cơ bị co cứng, tăng cường khả năng vận động có ý thức, kiểm soát tư thế, phòng chống biến dạng...

Phương pháp: Xác định mức độ và tình trạng tăng trương lực cơ. Xác định điểm vận động, đánh dấu vị trí tiêm.

Tiến hành tiêm: Gây tê bề mặt tại vị trí tiêm, pha thuốc tiêm với dung dịch NaCl 0.9% theo đơn vị đóng lọ. Lấy thuốc theo liều lượng tiêm tại mỗi vị trí. Tiêm trực tiếp nội cơ hoặc tiêm qua đầu định vị của máy điện cơ với liều lượng đã được tính toán.

8.2. Đặt bơm tiêm Baclofen vào tủy sống:

Chỉ định: Trẻ bại não thể co cứng 2 chân nặng.

Chống chỉ định: Trẻ bị gai đôi cột sống, thoát vị não tủy, bại não thể múa vờn, thể nhẽo, thể thất điều...

Mục đích: Giảm trương lực cơ hai chân liên tục và kéo dài, tăng cường khả năng vận động hữu ý, kiểm soát tư thế đứng đi, phòng chống biến dạng tại các khớp háng, gối, cổ chân...

Phương pháp: xác định mức độ và tình trạng tăng trương lực cơ hai chân. Xác định điểm đặt bơm tiêm và điểm cố định kim tiêm.

Tiến hành đặt bơm tiêm: gây tê bề mặt tại vị trí đặt bơm tiêm, lấy thuốc tiêm với dung dịch Baclofen 10% theo đơn vị đóng lọ. Đặt đầu mũi kim tiêm trực tiếp vào qua màng cứng tủy sống vùng khe liên đốt L4-5 qua đầu định vị của máy siêu âm hoặc dưới màn hình Xquang tăng sáng, điều chỉnh liều lượng theo cân nặng

9. Các can thiệp phẫu thuật cho trẻ bại não:

Chỉ định: trẻ bại não bị co cứng, co rút nặng dẫn đến cứng khớp.

Chống chỉ định: trẻ bại não thể múa vờn, thể nhẽo, thể thất điều...

Mục đích: giải phóng các khớp bị co rút mất tầm vận động, tăng cường khả năng vận động, kiểm soát tư thế, phòng chống biến dạng...

Phương pháp: có hai loại can thiệp phẫu thuật thường được chỉ định trong điều trị phục hồi chức năng trẻ bại não, đó là:

+ Phẫu thuật thần kinh: đặt catheter dẫn lưu não thất cho trẻ bại não có não úng thủy, cắt chọn lọc rễ thần kinh cột sống (Dorsal Selective Rhizotomy) cho trẻ bại não co cứng 2 chân nặng.

+ Phẫu thuật chỉnh hình: bao gồm các loại phẫu thuật kéo dài gân cơ trong trường hợp co rút tại các khớp, chuyển trục xương, đóng cứng khớp...

10. Giáo dục:

Mục tiêu: Giúp phát triển thể chất và trí tuệ, hòa nhập xã hội.

Các biện pháp: Huấn luyện các kỹ năng tiền học đường.

Các hình thức giáo dục: Giáo dục hòa nhập, giáo dục đặc biệt, lớp học tình thương, học tại nhà

C. ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP BẰNG CHÂM CÚU:

Đối với liệt chi trên : Châm huyết kiên ngưng, khúc trì, thủ tam lý, hợp cốc, dương trì

Đối với liệt chi dưới: Châm hoàn khiêu, lăng quyền, thân mạch, tuyệt cốt, hạc đỉnh, âm lăng tuyền, thái xung, giải Khê. Thời gian 15 phút/ngày.

Tư thế nằm ngửa: Kiên tĩnh, Kiên ngưng, Tý nhu, Thủ ngũ lý, Khúc trì, Thủ tam lý, Hợp cốc, Lao cung, Phục thổ, Bể quan, Dương lăng tuyền, Âm lăng tuyền, Xung dương, Giải Khê, Ngoại quan, Chi câu, Túc tam lý, Thượng cự huyệt, Tam âm giao, Trung đô

Tư thế nằm sấp: Giáp tích C4-C7, C7-D10, L1-L5, Kiên trinh, Cự tuyền, Khúc trì, Khúc Trạch, Ngoại quan, Nội quan, Bát tà, Trật biên, Hoàn khiêu, Ân môn, Thừa phù, Thừa sơn, Thừa cân, Ủy trung, Thận du, Huyết hải, Âm liêm

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Co rút cơ gây xương bị cong, biến dạng khớp, trật khớp bán phần hoặc toàn phần

Suy dinh dưỡng

Bệnh đường hô hấp

Viêm xương khớp

VI. THEO DÕI VÀ PHÒNG BỆNH

1. Theo dõi:

Đưa trẻ đi khám định kỳ

Theo dõi: Tăng trưởng của trẻ, trương lực cơ, sức mạnh cơ bắp, phối hợp động tác, tư thế, kỹ năng vận động (ngồi - bò - đứng - đi...), kỹ năng các giác quan

(nhìn, nghe, sờ). Sự tiến bộ về các chức năng nhận biết và diễn đạt (khả năng nhận biết người, con vật, đồ vật, màu sắc...) và diễn đạt các nhu cầu mong muốn bằng lời hoặc cử chỉ

2. Tái khám: là bắt buộc phải được tiến hành thường qui trong khoảng thời gian sau mỗi 2 đến 3 tháng. Nhất là đối với trẻ nhỏ dưới 3 tuổi, vì trong giai

đoạn này trẻ tăng trưởng và phát triển liên tục với những mốc cơ bản về chức năng mà trẻ cần đạt được.

3. Phòng bệnh

- Kiểm soát thai nghén
- Hồi sức cấp cứu đẻ, sơ sinh kịp thời
- Chẩn đoán bệnh và điều trị sớm các bệnh có liên quan đến bại não

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Chậm phát triển vận động, chậm phát triển các mốc vận động theo lứa tuổi
- Có biểu hiện rối loạn trương lực cơ: Tăng hoặc giảm hoặc múa vờn hoặc múa giật ...
- Rối loạn phát triển ngôn ngữ, tư duy và giao tiếp

Có các biểu hiện rối loạn về thần kinh trung ương

Có biểu hiện bệnh kèm theo như: Teo não, não úng thủy, động kinh

VIII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

1. Bộ Y tế (2015). HD chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em.

Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Bộ Y tế (2014) HD chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng. Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Bộ Y tế (2018) Hướng dẫn phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ em khuyết tật

em.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN BÀN CHÂN KHOÈO BẨM SINH (Q66.0)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐẠI CƯƠNG

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

NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân trước sinh

- Bất thường về gen: một số gia đình có vài người bị bàn chân khoèo. - Tư thế bàn chân của bào thai bất thường.

- Đột biến nhiễm sắc thể: Trẻ bị cứng đa khớp bẩm sinh (bàn chân khoèo, bàn

tay khoèo, cứng khớp gối, cứng khớp khuỷu, cứng khớp vai, trật khớp háng...).

Bất thường về cấu trúc xương bàn chân bẩm sinh.

Bất thường về thần kinh chi phối bàn chân. Không rõ nguyên nhân

III. CHẨN ĐOÁN

1. Khám lâm sàng và lượng giá chức năng

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

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

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

Nếp lằn da sau gót bàn chân rõ.

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

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

Ngăn ngón chân cái.

Cơ căng chân có thể bị teo hoặc liệt.

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

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

Cứng khớp cổ chân, không gấp vào được**Chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng:**

+ Phim Xquang thường quy

Phim	Bình thường	Bàn chân khoèo
Phim thẳng:		
Góc sên - gót	250 - 500	150 - 00
Góc sên - xương bàn ngón I	00 đến 100	<-200
Góc sên - xương bàn ngón V	00	- 50 đến 200
Phim nghiêng:		
Góc sên - gót	250 - 500	< 200 đến 00
Góc chày - gót	400 đến 150	> 700

Chụp XQ hoặc siêu âm khớp háng khi nghi ngờ trật khớp háng bẩm sinh

Công thức máu, sinh hóa máu, sắt, kẽm, ferritin, T3, T4, TSH

Chẩn đoán xác định: Dựa trên các dấu hiệu lâm sàng và Xquang**Chẩn đoán phân biệt:**

Biến dạng bàn chân xoay ngoài bẩm sinh.

Biến dạng bàn chân gấp mu bẩm sinh (thường gặp trong thoát vị tửy)

Biến dạng bàn chân thuồng do tổn thương thần kinh trung ương.

Bàn chân bẹt và bàn chân nghiêng ngoài ...

Nguyên tắc can thiệp sớm

- Can thiệp sớm ngay sau sinh.

- PHCN toàn diện: bó bột chỉnh hình theo đợt + Bài tập kéo giãn

+ Nẹp chỉnh hình

- Phẫu thuật: khi trẻ bị bàn chân khoèo đến muộn trên 6 tháng tuổi, đã bó bột

song không thể nắn chỉnh bàn chân về vị trí trung gian bằng tay.

Mục tiêu can thiệp sớm

Nắn chỉnh dần dần biến dạng bàn chân.

Kéo dẫn các cơ, dây chằng bị co ngắn.

Duy trì bàn chân ở tư thế trung gian sau bó bột.

Cải thiện dáng đi đúng về sau.

2. Các kỹ thuật phục hồi chức năng

2.1. Bó bột chỉnh hình theo phương pháp Ponsetti

2.2. Phương pháp dùng băng hoặc buộc dây

2.3. Nẹp chỉnh hình.

2.4. Nhiệt trị liệu: Hồng ngoại, chườm nóng

2.5. Điện trị liệu: Điện phân dẫn thuốc, điện một chiều, điện xung

2.5. Vận động trị liệu

Bài tập 1: xoa bóp vùng ngón chân, mu bàn chân (cơ gấp mu các ngón chân) và phía dưới cẳng chân (cơ sinh đôi, cơ dép).

Bài tập 2: Bài tập kéo giãn thụ động tại khớp cổ chân-bàn chân: làm theo thứ tự từ sau bàn chân đến trước bàn chân và khớp cổ chân.

Bước 1: kéo nhẹ xương gót xuống phía dưới (kéo giãn gân Asin).

Bước 2: kéo nhẹ xương gót ra phía ngoài (để sửa lại phần trước bàn chân bị nghiêng trong).

Bước 3: kéo nhẹ phần trước bàn chân về phía trước.

Bước 4: đẩy nhẹ xương sên ra phía sau và kéo nhẹ phần trước bàn chân ra phía ngoài để sửa lại phần trước bàn chân bị khép và nghiêng trong.

Bước 5: kéo nhẹ xương gót xuống dưới và đẩy phần trước bàn chân lên trên để sửa lại tư thế cổ chân bị gấp mặt lòng.

Bước 6: chỉnh nghiêng trong bàn chân bằng nắn chỉnh 3 điểm: gót kéo ra ngoài, phần trước bàn chân kéo ra ngoài và phần giữa mép ngoài bàn chân đẩy vào trong.

Bài tập kéo giãn thụ động tại khớp cổ chân-bàn chân: tập trong lúc không bó bột giữa các đợt và trước khi bó bột.

V. BIẾN CHỨNG VÀ DI CHỨNG

Không gây ra bất cứ một vấn đề nào cho đến khi tập đứng và tập đi. Nếu được điều trị, trẻ có thể bước đi gần như bình thường, có thể gặp một số khó khăn như:

– Vận động: hạn chế nhẹ.

– Cỡ giày: có thể nhỏ hơn so với bên chân kia.

– Viêm khớp

– Bước không bình thường: cổ chân bị xoay khiến trẻ không thể đi trên lòng bàn chân. Vì vậy, trẻ phải đi trên gót chân hoặc trên bờ ngoài hay trên đầu trước bàn chân trong những trường hợp nặng.

– Các vấn đề trong phát triển cơ bắp: điều chỉnh cách đi có thể giúp cho cơ bắp chân phát triển tự nhiên, tránh được các chai chân và dáng đi vụng về.

VI. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Khi bó bột: nếu trẻ khóc, tím tái thì ngừng bó bột.
- Theo dõi sau bó bột tại nhà: Nếu các ngón chân sưng, tím, đau, cần tháo bột ngay tránh hoại tử.
- Theo dõi tai biến loét da do đè ép bột hoặc do nẹp quá chặt hoặc có chỗ sắc cọ vào da.

Thời gian bó bột: 1 - 2 tuần/đợt, khoảng 4 - 6 đợt

Đeo nẹp 1-3 năm tùy mức độ bệnh và kiểm tra để làm lại nẹp khi quan sát trẻ

đi nẹp bị chật hoặc có vấn đề (loét, khó đi lại...). Nẹp thường cần được đánh giá và làm lại sau 3 - 6 tháng tùy từng trẻ. Trẻ càng nhỏ, càng cần được kiểm tra nhiều lần hơn.

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Cứng khớp cổ chân, hạn chế cử động khớp cổ chân

Biến dạng bất thường của khớp cổ chân và bàn chân ở các mức độ khác nhau

(Một trong các dấu hiệu trên là có chỉ định nhập viện)

VII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

1. Bộ Y tế (2014) HD chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng.

Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2018) Hướng dẫn phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ em khuyết tật

em.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN CONG VẠO CỘT SỐNG (M41)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Cong vẹo cột sống là tình trạng cong của cột sống sang phía bên của trục cơ thể và vẹo (xoay) của các thân đốt sống theo trục của mặt phẳng ngang.

Cong vẹo cột sống có thể xảy ra đơn thuần hoặc phối hợp với các biến dạng khác của cột sống là gù ở vùng ngực hoặc ưỡn ở vùng thắt lưng.

II. NGUYÊN NHÂN

Cong vẹo cột sống tự phát là nhóm chiếm tỷ lệ lớn nhất (trên 80%), còn gọi là cong vẹo cột sống vô căn (idiopathic scoliosis)

Bẩm sinh: Mất nửa đốt sống, xếp đốt sống.

Mắc phải: Do tư thế ngồi sai, mang vác quá nặng, lệch về một bên, u xơ thần kinh, di chứng bại liệt, di chứng lao cột sống, bệnh cơ - thần kinh, bệnh đường hô hấp (tràn dịch, dày dính màng phổi), chấn thương cột sống ...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

a) Hỏi bệnh: phát hiện cong vẹo cột sống từ bao giờ? đã điều trị những gì? ở

đâu? Thói quen sinh hoạt, học tập, các bệnh lý liên quan... **b) Khám lâm sàng và lượng giá chức năng**

+ Cột sống cong vẹo sang phía bên hoặc ưỡn ra trước, gù ra sau so với trục giải phẫu của cột sống, có thể là một đường cong hoặc hai đường cong.

+ Xương bả vai 2 bên không cân đối.

+ Nghiệm pháp quả rọi: Thả quả rọi mà mốc là gai sau của đốt sống C7 sẽ phát hiện rõ độ cong của cột sống và xác định được vị trí đỉnh đường cong.

+ Xuất hiện những ụ gò ở vùng lưng, mà đỉnh các ụ gò đó thường trùng với chỗ cong vẹo nhất của cột sống, thường thấy rõ nhất khi yêu cầu bệnh nhân đứng cúi lưng.

+ Đối diện với bên xuất hiện ụ gồ thường là vùng lõm, đây là hậu quả của tình trạng xoay của các thân đốt sống.

+ Hai vai mất cân xứng với đặc điểm một bên nhô cao và thường ngắn hơn bên đối diện do tình trạng co kéo của các nhóm cơ vùng lưng.

+ Khung chậu bị nghiêng lệch và cũng bị xoay.

+ Trên thân mình có thể xuất hiện những đám da đổi màu (màu bã cà phê) + Vùng lưng, đặc biệt là vùng thắt lưng có thể xuất hiện những đám lông

+ Có thể phát hiện thấy tình trạng chênh lệch chiều dài hai chân hoặc các dị tật khác của hệ vận động.

Thử cơ bằng tay: Phát hiện các cơ liệt.

Đo bằng thước Scoliometer tại vị trí đỉnh đường cong.

2. Chỉ định cận lâm

sàng: a) Chụp X
quang

- **Cột sống thẳng và nghiêng:** Để đánh giá độ cong vẹo cột sống, ngoài ra còn

giúp đánh giá tuổi xương và các dị tật bẩm sinh vùng cột sống.

Đo góc COBB: Trên phim thẳng:

Cách đo: Xác định đoạn cong, xác định đốt sống đầu tiên và cuối cùng của đoạn cong. Kẻ đường thẳng qua bờ trên của đốt sống trên và bờ dưới của đốt sống dưới. Kẻ hai đường vuông góc với hai đường thẳng trên. Đo góc tạo bởi hai đường vuông góc

Chụp X quang khớp háng hoặc các thân xương khi thấy có sự chênh lệch chiều dài chi và biến dạng tại các khớp.

b) Chụp cắt lớp vi tính điện toán: khi nghi ngờ có sự chèn ép thân đốt sống hoặc đĩa đệm.

c) Chụp cộng hưởng từ: khi nghi ngờ có khối chèn ép tủy.

d) Các xét nghiệm hỗ trợ khác: như điện cơ đồ, men cơ, sinh thiết, công thức máu, sinh hóa máu, sắt, kẽm, ferritin, FT3, FT4, TSH, lắng máu, Mantoux... khi có nghi ngờ (theo nguyên nhân)

3. Chẩn đoán xác định: Lâm sàng và dấu hiệu Xq (góc Cobb)

4. Chẩn đoán phân biệt

Phân biệt với gù cột sống ngực (hyper Kyphosis) thường gặp trong lao cột sống.

Phân biệt với ưỡn cột sống vùng thắt lưng (hyper Lordosis)

Can thiệp sớm ngay khi phát hiện ra cong vẹo cột sống.

Hướng dẫn cho mẹ bệnh nhân hoặc bệnh nhân tập luyện tại nhà.

Khám thường quy sau 3, 6 tháng/lần.

*** Mục tiêu:**

Nắn sửa các biến dạng vùng cột sống, khung chậu, lồng ngực...

Duy trì và tăng cường tầm vận động và khả năng vận động của cột sống.

Phòng ngừa sự phát triển của các biến dạng.

Phòng ngừa các bệnh thứ phát của hệ vận động, hệ hô hấp, hệ tim mạch...

2. Các phương pháp

2.1. Vận động trị liệu

Chỉ định cho cong vẹo cột sống ở mọi lứa tuổi và độ nặng nhẹ khác nhau **Bài tập 1:** Tăng tầm vận động của cột sống lưng :

Gia tăng tầm vận động gập của cột sống lưng.

Kéo dẫn nhóm cơ đuôi lưng.

Kỹ thuật:

Tư thế bệnh nhân: Ngồi, 2 chân duỗi thẳng áp sát, 2 tay đưa ra phía trước

Tư thế KTV: Ngồi cạnh và làm mẫu.

Tiến hành: Bệnh nhân duỗi thẳng 2 chân áp sát. Hai tay đưa ra trước lưng gập, càng gần các ngón càng tốt.

Bài tập 2: Tăng cơ lực nhóm cơ gập và xoay thân : - Tăng cơ lực nhóm cơ gập và xoay thân.

- Tăng cường linh hoạt của cột sống. - Kỹ thuật:

Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa, 2 tay đan sau gáy, 2 chân duỗi thẳng.

Tư thế KTV: Đứng hoặc quỳ bên cạnh, 1 tay cố định trên 2 đùi và 1 tay cố định trên 2 cẳng chân.

Tiến hành: KTV cố định 2 chân, bệnh nhân 2 tay đan sau gáy, gập thân và xoay thân, khuỷu sang bên đối diện.

Bài tập 3: Kéo dẫn cơ ở phần lõm của đường cong:

- Kéo dẫn các nhóm cơ phía lõm của đường cong thắt lưng trái.
- Phòng ngừa co rút cột sống thắt lưng. - Kỹ thuật:

Tư thế bệnh nhân: Nằm sấp, 2 tay bám chặt 2 bên cạnh bàn.

Tư thế KTV: Đứng cạnh bệnh nhân và đỡ 2 tay mặt trước đùi bệnh nhân

Tiến hành: Bệnh nhân giữ thân trên của mình cố định. KTV kéo dẫn đốt sống vùng thắt lưng sang trái.

Bài tập 4: Kéo dẫn cơ ở phần lõm của đường cong :

- Kéo dẫn phía lõm của đường cong ngực phải
- Tăng tính linh hoạt, duy trì tầm vận động của cột sống lưng.

- Kỹ thuật:

Tư thế BN: Nằm nghiêng sang phía có đường cong, thả người xuống mép bàn

Tư thế KTV: Đứng và giữ hông bệnh nhân.

Tiến hành: Bệnh nhân thả người xuống mép bàn, tay phía trên duỗi thẳng qua đầu, cuộn 1 khăn tắm kê vào đỉnh đường cong. Giữ tư thế này 3 đến 5 phút.

Bài tập 5: Kéo dẫn cột sống : - Kéo dẫn cột sống.

- Tăng cường tính đàn hồi của thân mình - Kỹ thuật:

Tư thế bệnh nhân: Đứng 2 tay gập 180^0 , duỗi thẳng.

Tư thế KTV: Đứng cạnh.

Tiến hành: Hai tay bệnh nhân bám vào xà ngang, gồng cho gót chân rời khỏi sàn. **Bài tập 6:** Tăng cường cơ lực nhóm cơ nghiêng thân

- Xoa bóp, tập mạnh nhóm cơ nghiêng thân.
- Kéo dẫn phía lồi của đường cong ngực phải. Kỹ thuật: - Kỹ thuật:

Tư thế bệnh nhân: Nằm nghiêng.

Tư thế KTV: Đứng sau.

Tiến hành: Bệnh nhân nằm nghiêng về phía trái và nhấc thân lên khỏi sàn để kéo dẫn phía lồi của đường cong ngực phải.

Bài tập 7:

- Cải thiện chức năng hô hấp và tim mạch.
- Tăng cường độ giãn nở của lồng ngực. Kỹ thuật: - Kỹ thuật:

Tư thế bệnh nhân: Nằm ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.

Tư thế KTV: Đứng cạnh.

Tiến hành: Bệnh nhân thở sâu và hít ra từ từ. Hai tay bệnh nhân đặt dưới cơ hoành.

Bài tập 8:

- Cải thiện tư thế cột sống
- Tăng cường chức năng phổi. Kỹ thuật: - Kỹ thuật:

Tư thế bệnh nhân: Ngồi, người cúi về phía trước.

Tư thế KTV: Ngồi sau, 2 bàn tay đặt sau lưng và đáy phổi.

Tiến hành: Bệnh nhân hít vào thật sâu và thở ra từ từ, đảm bảo có sự giãn nở của lồng ngực.

Bài tập 9: Tập bơi.

Bài tập 10: Luyện tập thể thao

2. Kéo dẫn cột sống

- Kéo dẫn cột sống bằng dụng cụ (như xà đơn và khung kéo tay) hoặc bằng máy kéo dẫn.

- Kéo dẫn cột sống bằng máy dựa trên nguyên lý cơ học có điều chỉnh, lực kéo tác động lên cơ, dây chằng và khoang liên đốt cột sống.

- Quy trình:

Cố định đai kéo tùy theo vùng điều trị

Bật máy, thử tết máy

Đặt các thông số trên máy tùy theo yêu cầu, thông thường lực kéo không quá $\frac{2}{3}$ trọng lượng cơ thể đối với kéo cột sống lưng, 10-15 kg đối với kéo cột sống cổ.

Mỗi lần kéo dài từ 10-20 phút

Bấm nút kéo

Kết thúc điều trị: tháo bỏ đai cố định, để người bệnh nằm nghỉ tại chỗ từ 5-10 phút, ghi chép hồ sơ bệnh án.

3. Các điều trị khác

3.1. Nhiệt trị liệu: Nhiệt nóng như hồng ngoại, chườm nóng

3.2. Điện trị liệu: Dùng điện xung

3.3. Điều trị bằng máng nẹp chỉnh hình - Chỉ định:

Tuổi: ở trẻ trai < 18 tuổi và trẻ gái < 17 tuổi.

Góc COBB > 25^0 và < 60^0 .

8^0 < độ xoay của cột sống < 25^0 đo trên thước đo độ xoay (Scoliometer)

Góc COBB < 25^0 nhưng độ cong vẹo tiến triển nhanh trong 3 tháng (5^0)
Có loại áo nẹp chỉnh hình:

+ Boston

+

Minwauk

er +

Cheeneau

+ Lyon

+ Mieder...

Theo dõi: 3 tháng đến khám lại 1 lần, 6 tháng chụp Xquang 1 lần

Chống chỉ định: Khi trẻ đã trưởng thành > 22- 25 tuổi, nẹp chỉnh hình không có hiệu quả, độ cong không tụt đi, độ vẹo > 60^0 , ảnh hưởng đến thẩm mỹ, tâm lý.

3.4. Phẫu thuật chỉnh hình

Chỉ định:

Góc COBB > 45^0

Khi sự cong vẹo ảnh hưởng đến chức năng của các cơ quan khác. - Phục hồi chức năng trước và sau phẫu thuật.

a) Trước khi mổ:

- Tập ho, tập thở, chú trọng thở vùng ngực. - Tập các chi còn lại.

b) Sau khi mổ:

- Cho nằm bất động khoảng 3 tháng, trong thời gian đó xoay trở toàn khối, để

tránh loét da.

Tập ho, thở, khuyến khích thở bằng lồng ngực để tránh xẹp phổi.

Tập vận động có lực kháng cho hai tay.

Tập chủ động trợ giúp tiến tới tập chủ động và đề kháng cho hai chân.

Tập gồng cơ bụng, cơ lưng.

- Sau thời gian bất động, tập cho trẻ ngồi, đứng và đi.

Tư vấn cho gia đình/người chăm sóc trẻ khuyết

tật a) Chăm sóc, theo dõi, tập luyện tại nhà

- Cha mẹ trẻ cần lưu ý khi thấy trẻ đi lệch vai, một bên lưng có khối gồ lên so

với bên kia.

Cần đưa ngay trẻ đến các cơ sở y tế khi phát hiện thấy các dấu hiệu bất thường ở lưng trẻ để được chẩn đoán xác định và hướng dẫn tập luyện cho trẻ.

b) Tiến triển/biến chứng, tiên lượng của bệnh/tật

Phát hiện sớm, can thiệp sớm sẽ tránh được các biến chứng teo cơ, vẹo cột sống tiến triển, ảnh hưởng chức năng của các cơ quan tim mạch, hô hấp...

c) Giới thiệu các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Phục hồi chức năng.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Đối với điều trị bằng máng nẹp chỉnh hình: 3 tháng đến khám lại 1 lần, 6 tháng chụp Xquang 1 lần

Theo dõi đến khi hết tuổi trưởng thành.

Bổ sung đầy đủ dinh dưỡng cho cơ thể để tránh bệnh còi xương. Ăn đủ chất, tiêm ngừa, uống vắc xin đầy đủ.

Khi trẻ ngồi học, cần phải chọn các loại bàn ghế phù hợp, cân đối chiều cao. Không để trẻ ngồi những bàn bọc quá cao, khiến cho trẻ phải vươn người về trước, cũng không chọn những mẫu bàn thấp, khiến trẻ phải cúi xuống nhiều. Hướng dẫn trẻ ngồi đúng tư thế.

Góc học tập của trẻ cần phải đủ ánh sáng, Việc cung cấp đủ ánh sáng vừa tốt cho mắt, vừa giúp bé ngồi đúng tư thế mà không phải còng lưng để viết bài, đọc chữ...

Sau mỗi tiết học cần cho trẻ vận động ngay tại chỗ, đây được coi là cách làm thư giãn cột sống, cũng là cách có hiệu quả cao trong việc phòng ngừa và điều trị **cong vẹo cột sống, gù lưng** ở trẻ.

Không cho trẻ mang vác cặp sách quá nặng, vượt hơn 15% trọng lượng cơ thể. Cho trẻ đeo cặp 2 quai, đeo cân bằng 2 vai.

Thường xuyên đưa trẻ đi khám định kỳ để phát hiện và điều trị kịp thời

Đai chống vẹo cột sống và gù lưng Fansypan có tác dụng hỗ trợ lưng luôn thẳng, ngồi và đứng đúng tư thế.

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Cột sống cong vẹo sang phía bên hoặc uốn ra trước, gù ra sau so với trục giải phẫu của cột sống, có thể là một đường cong hoặc hai đường cong,

Mất đường cong sinh lý cột sống

VIII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Bộ Y tế (2018), Hướng dẫn phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ em khuyết tật em.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN ĐAU THẦN KINH NGOẠI BIÊN (G61)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Đau dây thần kinh ngoại biên là dấu hiệu biểu hiện bệnh lý gây ra do các dây thần kinh ngoại biên bị tổn thương. Bệnh gây đau khiến cho người bệnh gặp phải những hạn chế trong sinh hoạt. Bệnh thần kinh ngoại biên thường gây tê và đau ở tay và chân. Người ta thường mô tả những đau đớn của bệnh thần kinh ngoại biên như ngứa ran hoặc nóng, trong khi có thể so sánh mất cảm giác với cảm giác mặc bao tay mỏng.

II. NGUYÊN NHÂN

Chấn thương và đặc biệt là hoặc chèn ép lên dây thần kinh

Tiểu đường hay gặp các biến chứng về viêm đa dây thần kinh ngoại biên, bệnh thường biểu hiện thầm lặng khó phát hiện.

Các bệnh tự miễn: lupus ban đỏ, viêm khớp dạng thấp, hội chứng Guillain - Barre, bệnh đa dây thần kinh mất myelin viêm mạn tính,....

Nhiễm trùng: Zona thần kinh,viêm gan C, Bạch hầu, HIV,...

Nghiện rượu

Thuốc: Một số loại thuốc, đặc biệt là các thuốc điều trị ung thư (hóa trị)

Tiếp xúc với chất độc hại:

Di truyền: Như bệnh Charcot-Merie-Tooth

Thiếu vitamin: Các vitamin B như B1, B6, B12, vitamin E và niacin

Các bệnh lý khác: Bệnh lý về tủy xương, khối u gây chèn ép, các bệnh thận, gan, bệnh về mô liên kết, suy giảm chức năng tuyến giáp

Không rõ nguyên nhân còn gọi là vô căn nguyên phát

CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Khởi phát, diễn biến, vị trí, tính chất, cường độ, yếu tố tăng/giảm đau
- Các triệu chứng, dấu hiệu đi kèm và phát sinh
- Các yếu tố phối hợp: cảm xúc, lo âu, hoạt động chức năng...
- Yếu tố gia đình, xã hội, văn hóa, tôn giáo
- Tiền sử bệnh lý hoặc tổn thương thần kinh trước đó - Đáp ứng với điều trị
- Ảnh hưởng của đau đối với sinh hoạt thường ngày, giấc ngủ, cảm xúc, tâm lý, và hoạt động nghề nghiệp

Thăm khám và lượng giá chức năng

- Tìm triệu chứng của căn bệnh gây đau

Khám vùng đang đau.

3. Triệu chứng lâm sàng

Dây thần kinh vận động (các hoạt động về cơ bắp): có thể có liệt cơ, teo cơ, giảm hay mất phản xạ gân cơ

Dây thần kinh cảm giác (đau và tê): giảm hay mất cảm giác, xuất hiện cảm giác đau. Đau kiểu bỏng rát hoặc nóng, rát, đau nhói, đau như dao đâm hoặc như cắt, hoặc lạnh buốt, như điện giật. Đồng thời có thể xuất hiện các rối loạn sau :

+ Tăng/Giảm/Loạn/Mất nhận cảm
đau + Dị cảm

+ Đau tại vùng bị mất cảm giác

Dây thần kinh tự chủ (hệ thần kinh thực vật): Huyết áp, nhịp tim, tiêu hóa, tiểu tiện. Cảm giác ợ nóng, choáng váng, ngất xỉu khi đứng lên, đau thắt ngực, giảm tiết mồ hôi, rối loạn dinh dưỡng, Rối loạn giấc ngủ, cảm xúc, các mối quan hệ gia đình và xã hội

Những triệu chứng khác:

Tình dục: đàn ông có thể bị rối loạn cương dương còn phụ nữ có thể gặp rắc rối với chứng khô âm đạo hoặc khó đạt cực khoái.

Bàng quang: Có thể bị rò rỉ nước tiểu, có thể mất cảm giác buồn đi tiểu.

Bệnh có thể gây tổn thương 1, 2 hoặc nhiều dây thần kinh nên trên lâm sàng có thể gặp nhiều triệu chứng trên cùng một lúc.

4. Các thang điểm đánh giá đau :

McGill Pain Questionnaire, Numerical

Rating Scale (NRS), Visual Analogue Scale (VAS), Patients Global Impression of Change

Các thang điểm đánh giá ảnh hưởng của đau : DASS – 21, Pain self-efficacy Questionnaire, Pain Catastrophizing Scale...

5. Các xét nghiệm cận lâm sàng

Công thức máu, sinh hóa máu, sắt, kẽm, ferritin, T3,T4, TSH, lượng vitamin, nước tiểu, XQ để phân biệt với các bệnh lý đau không phải nguồn gốc thần kinh hoặc các bệnh lý nội khoa phối hợp

Điện cơ (EMG): ghi lại hoạt động dẫn truyền tín hiệu trong thần kinh-cơ

MRI/CT scans giúp định vị tổn thương trung ương, xác định chẩn đoán bệnh rễ thần kinh

Test định lượng cảm giác: đánh giá ngưỡng cảm giác nhiệt và ngưỡng cảm giác đau do nhiệt. Giúp phân biệt đau do kích thích gây đau với đau thần kinh.

Sinh thiết dây thần kinh, sinh thiết da: lấy 1 mẫu nhỏ sợi thần kinh hoặc da để kiểm tra xem có bất thường hay không

Phong bế thần kinh : xác định nguồn gốc của đau nguồn gốc thần kinh

6. Chẩn đoán xác định: 3 tiêu chuẩn không thể thiếu

Bệnh sử (hỏi bệnh)

Triệu chứng, đặc điểm đau và các biểu hiện rối loạn cảm giác khác.

Bảng câu hỏi chẩn đoán đau thần kinh DN4 (do Bouhassia đề xuất năm 2005): bao gồm 2 câu hỏi về đau do bệnh nhân trả lời (7 triệu chứng) và 2 test thăm khám về cảm giác do bác sĩ đánh giá (3 triệu chứng). Chẩn đoán xác định đau thần kinh điểm số ≥ 4 (mỗi triệu chứng cho 1 điểm).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- + Giảm đau và giảm đau tăng lên.
- + Cải thiện chức năng , nâng cao chất lượng cuộc sống
- + Cân bằng giữa hiệu quả, độ an toàn và khả năng dung nạp thuốc.

Thường phải áp dụng đa trị liệu “hợp lý” : phối hợp các biện pháp dùng thuốc và không dùng thuốc.

Theo dõi thường xuyên và thay đổi hướng điều trị khi cần thiết

Biện pháp điều trị phụ thuộc vào hiệu quả, từ các biện pháp ít xâm nhập đến các biện pháp xâm nhập nhiều nhất:

- + Vật lý trị liệu – phục hồi chức năng
- + Tâm lý trị liệu, can thiệp thay đổi nhận thức – hành vi.
- + Các thuốc tại chỗ
- + Các thuốc hệ thống
- + Các kỹ thuật can thiệp

2. Các phương pháp

2.1.Vật lý trị liệu

+ Điện trị liệu: Dùng dòng điện xung, điện phân giảm đau.

+ Nhiệt trị liệu: có thể sử dụng nhiệt nóng “hồng ngoại, túi chườm” hoặc nhiệt lạnh “chườm đá”

+ Siêu âm trị liệu, sóng ngắn.

+ Các kỹ thuật xoa bóp, di động khớp, di động mô mềm. + Thủy trị liệu, tắm ngâm nước nóng.

2.2. Vận động trị liệu

Xoa bóp, các dạng bài tập vận động thụ động, chủ động hoặc kháng trở tăng tiến tùy theo khả năng của bệnh nhân.

Các bài tập kéo dẫn.

Các bài tập thể dục, thể dục nhịp điệu.

2.3. Hoạt động trị liệu

Cải thiện và độc lập tối đa chức năng di chuyển, các hoạt động sinh hoạt hàng

ngày

2.4. Điều trị thuốc: Phải dùng các thuốc chuyên biệt
a) Thuốc chống trầm cảm

Amitriptyline liều thấp 0,5mg/kg/ngày và tăng dần tùy đáp ứng (1- 1,5mg/kg/ngày)

Thuốc chống co giật (thuốc chống động kinh)

Carbamazepine (Tegretol). Liều 10 - 20mg/kg/ngày

Depakin Liều 10-20mg/kg/ngày

c) Thuốc dán tại chỗ

Capsaicine: Có tác dụng làm cạn kiệt chất P. Dùng dưới dạng kem nồng độ 0.075%, bôi vùng da bị đau ngày 4lần.

Miếng dán Lidocaine: chứa lidocaine nồng độ 5%. Dán ngay vùng da bị đau.

2.5. Các điều trị khác

a) Các can thiệp ngoại khoa

Phẫu thuật DREZ hay cắt chọn lọc rễ thần kinh cảm giác. Chỉ định trong tổn thương đám rối cánh tay, liệt tứ chi, có triệu chứng đau thần kinh rõ liên quan đến vị trí thương tổn. Kết quả tốt trong khoảng 5 năm.

Phong bế thần kinh giao cảm

Kích thích tủy sống bằng điện cực

Bơm nội tủy: đưa thuốc trực tiếp vào dịch não tủy (Opioid, clonidine, ziconotide, baclofen).

b) Tâm lý trị liệu: giúp giảm stress, căng thẳng.

c) Can thiệp thay đổi nhận thức – hành vi: Nhằm kiểm soát tình trạng đau, xây dựng chương trình tập luyện vận động cụ thể, các kỹ thuật thư giãn, giảm sự nhạy cảm, thực hành suy nghĩ tích cực.

d) Phản hồi sinh học (Biofeedback)

e) Dinh dưỡng: Bổ xung Vitamin và khoáng chất có thể giúp tăng cường hệ thống miễn dịch giúp cung cấp năng lượng.

g) Châm cứu, điện châm, thủy châm

Chi trên, châm tả các huyệt: Giáp tích C4-C7, Thủ tam lý, Thiêm tuyền, Kiên ngung, Chi câu, Cực tuyền, Tý nhu, Hợp cốc, Thiên tỉnh, Khúc trì, Lao cung, Kiên trình, Túc tam lý, Huyết hải, Ngoại quan

Chi dưới, châm tả các huyệt: Giáp tích L2-L4, Ân môn, Huyết hải, Thử liêu,

Ủy trung, Giải khô, Trật biên, Thừa sơn, Khâu khư, Hoàn khiêu, Côn lân, Thái xung, Thừa phù, Dương lăng tuyền, Địa ngũ hội

Châm bổ các huyệt: Túc tam lý, Huyết hải

V. TIỀN LƯƠNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiền lương: Nếu tổn thương thần kinh ngoại biên tứ chi có thể liệt tứ chi hoàn toàn, có thể phải thở máy hay loạn nhịp đặc biệt là nhịp chậm và rối loạn nuốt.

Biến chứng: Nhiễm trùng những vị trí mất cảm giác, té ngã do yếu cơ gây mất thăng bằng

VI. PHÒNG BỆNH, THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Phòng bệnh

- Điều trị những chứng bệnh có thể dẫn đến bệnh thần kinh ngoại biên.
- Ăn uống lành mạnh, nhiều rau, hoa quả, ngũ cốc nguyên cám, những thực phẩm giàu vitamin B12
- Kiểm soát lượng đường máu
- Tránh hóa chất độc hại, khói thuốc lá, dùng quá nhiều rượu.

Theo dõi và tái khám

Cần theo dõi và tái khám thường xuyên nhằm đánh giá kết quả điều trị , xem xét tác dụng phụ của thuốc, lựa chọn thuốc hợp lý.

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Đau hoặc tê hoặc giảm vận động hoặc giảm cảm giác dọc theo hướng đi của thần kinh

VIII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Bộ Y tế (2018) Hướng dẫn phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ em khuyết tật

em.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN DI CHỨNG VIÊM NÃO TRẺ EM (B94.1)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm não là bệnh truyền nhiễm cấp tính. Bệnh có đặc điểm lâm sàng là hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân nặng cùng với sự phát triển của viêm não tuy nặng và tỷ lệ tử vong cao.

II. NGUYÊN NHÂN.

Do vi rút hoặc vi khuẩn

Trẻ sau khi mắc viêm não thường để lại các di chứng về vận động, tâm thần, cảm giác, giác quan...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

a) Hỏi bệnh: Tiền sử bị viêm não đã được chẩn đoán và điều trị (tại bệnh viện các tuyến).

b) Khám và lượng giá chức năng

+ Chậm phát triển tâm thần - vận động ở các mức độ: Trắc nghiệm Denver, Raven: đánh giá mức độ chậm phát triển về các lĩnh vực vận động thô, tinh, ngôn ngữ, cá nhân - xã hội.

+ Trương lực cơ: Tăng

+ Phản xạ gân xương: Tăng

+ Vận động nhãn cầu: có rối loạn hay không?

+ Khám thần kinh: Phát hiện liệt thần kinh nội sọ hay không: **c) Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:**

MRI: Hình tổn thương não cũ (tăng lượng dịch khoang dưới nhện...) không có khối choán chỗ.

Công thức máu, sinh hóa máu, sắt, kẽm, ferritin, chức năng tuyến giáp

Siêu âm qua thóp: phát hiện các tổn thương khu trú

Đo thị lực, thính lực giảm thị lực, thị trường, giảm thính lực

Trắc nghiệm tâm lý: Vandebilt, Denver, Test DBC-P, ASQ ...

Thang điểm di chuyển Chức năng (FMS) (Graham, Harvey, Rodda, Natras

Piripis, 2004)

Thang điểm phân loại Khả năng sử dụng Tay (MACS & Mini-MACS) (Eliasson, Krumlinde Sundholm, Rösblad, Beckung, Arner, Öhrvall & Rosenbaum, 2005)

Thang điểm phân loại Chức năng Giao tiếp (CFCS) (Hidecker, Paneth, Rosenbaum, Kent, Lillie, Eulenberg, Chester, Johnson, Michalsen, Evatt & Taylor, 2011)

Thang điểm phân loại Khả năng Ăn Uống (EDACS) (Sellers, Mandy, Pennington, Hankins & Morris, 2014)

2. Chẩn đoán xác định

Hội chứng nhiễm khuẩn nhiễm độc toàn thân: Sốt cao đột ngột liên tục, nhức đầu nhiều, rối loạn ý thức, hôn mê.

Hội chứng tinh thần kinh: Lúc đầu là những dấu hiệu của tổn thương não lan toả với rối loạn ý thức ở các mức độ khác nhau, về sau có thể có những biểu hiện của hội chứng thần kinh khu trú. Có hội chứng màng não.

Rối loạn thần kinh thực vật nặng: Da lúc đầu là xung huyết đỏ và sau thay đổi thất thường lúc đỏ lúc xanh tái, vã mồ hôi, rối loạn hô hấp và tuần hoàn.

Xét nghiệm đặc hiệu

Phân lập vi rút (trong 2-3 ngày đầu) từ máu. Dịch não tủy thay đổi

Phản ứng huyết thanh: Có thể làm phản ứng kết hợp bổ thể (dương tính từ tuần thứ 2) hoặc phản ứng ngưng kết hồng cầu và phản ứng trung hoà (dương tính kéo dài nhiều tháng sau). Phương pháp miễn dịch men (ELISA) là phương pháp được áp dụng rộng rãi có độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

Chẩn đoán hình ảnh: Chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ thấy giảm tỷ trọng lan toả, các khe cuộn não rộng, hệ thống não thất hơi xẹp, không bao giờ thấy dấu hiệu của khối choán chỗ.

3. Chẩn đoán phân biệt

Với hội chứng não cấp: Do rối loạn chuyển hoá dẫn tới giảm đường máu (hôn mê hạ đường huyết), do rối loạn nước và điện giải nặng (Na, K, Ca), trẻ suy dinh dưỡng nặng có rối loạn tuần hoàn não cấp. Hội chứng não cấp do rối loạn chuyển hoá cũng có hôn mê nhưng ít thấy hội chứng khu trú, dịch não tủy ít khi có thay đổi.

Viêm màng não mủ hoặc viêm màng não lao

Không có hội chứng não, dịch não tủy có biến đổi bệnh lý. Áp xe não, u não

Dựa vào chụp CT scanner não

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

Can thiệp sớm ngay khi đang điều trị viêm não

PHCN toàn diện tùy thuộc vào giai đoạn của bệnh : Nhiệt trị liệu, vận động trị liệu, điện trị liệu, dụng cụ chỉnh hình

2. Các phương pháp.

Giai đoạn khởi phát và toàn phát

Mục đích: chống teo cơ, loét do đè ép, phòng ngừa biến dạng khớp, viêm phổi thứ phát...

Kỹ thuật: thay đổi tư thế, đặt tư thế tốt, vỗ rung phổi, vận động thụ động và chủ động.

b. Giai đoạn phục hồi

Mục tiêu: Ngăn ngừa teo cơ, co rút, biến dạng khớp, duy trì và gia tăng cơ lực, duy trì tầm hoạt động khớp.

Kỹ thuật:

Nhiệt trị liệu: (tham khảo bài Bại não)

Điện trị liệu: (tham khảo bài Bại não)

Vận động:

Hoạt động trị liệu: Tập cầm nắm, tập thăng bằng với bàn bập bênh, thanh song song, lên xuống cầu thang, kỹ năng sinh hoạt hàng ngày

Ngôn ngữ trị liệu: Kỹ năng giao tiếp sớm, kỹ năng hiểu và diễn đạt ngôn ngữ

Dụng cụ chỉnh hình: nẹp bàn tay, nẹp chân.

c. Giai đoạn di chứng

Mục tiêu: tăng cường cơ lực, vận động chức năng và phòng co rút biến dạng

Kỹ thuật: vận động trị liệu, điện trị liệu, hoạt động trị liệu, dụng cụ chỉnh hình.

Thuốc

Thuốc giảm đau: cho trước khi tập 30 phút nếu trẻ bị đau do tập

Các thuốc hỗ trợ thần kinh như Citicolin, DHA, EHA, Vitamin nhóm B... Can xi và vitamin D điều trị khi có còi xương kèm theo

Vitamin tổng hợp giúp tăng cường thể lực

Phẫu thuật chỉnh hình

Chỉ định khi trẻ bị co rút nặng, tiên lượng sau phẫu thuật trẻ sẽ tốt hơn (ví dụ: co rút gân Achilles)

Lưu ý: sau phẫu thuật trẻ phải được tiếp tục tập VLTL và đeo dụng cụ chỉnh

hình

3. Điện châm, châm cứu, thủy châm: (Xem bài Bại não trẻ em)

Đối với liệt chi trên : Châm huyết kiên ngưng, khúc trì, thủ tam lý, hợp cốc, dương trì.

Đối với liệt chi dưới: Châm hoàn khiêu, lăng quyền, thân mạch, tuyệt cốt, hạc đỉnh, âm lăng tuyền, thái xung, giải Khê.

Tư thế nằm ngửa: Kiên tĩnh, Kiên ngưng, Tý nhu, Thủ ngũ lý, Khúc trì, Thủ tam lý, Hợp cốc, Lao cung, Phục thổ, Bể quan, Dương lăng tuyền, Âm lăng tuyền, Xung dương, Giải Khê, Ngoại quan, Chi câu, Túc tam lý, Thượng cự huyệt, Tam âm giao, Trung đô

Tư thế nằm sấp: Giáp tích C4-C7, C7-D10, L1-L5, Kiên trinh, Cự tuyền, Khúc trì, Khúc Trạch, Ngoại quan, Nội quan, Bát tà, Trật biên, Hoàn khiêu, Ân môn, Thừa phù, Thừa sơn, Thừa cân, Ủy trung, Thận du, Huyết hải, Âm liêm

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Bệnh nhân cần được khám và điều trị liên tục, đặc biệt trong năm đầu, với chương trình điều trị tại Viện và tại nhà (lồng ghép vào chương trình PHCNDVCD) cho đến khi đạt được mục tiêu điều trị về tình trạng chức năng và hòa nhập cộng đồng.

VI. PHÒNG BỆNH

- Thực hiện tốt vệ sinh cá nhân, môi trường, giữ gìn nhà ở sạch sẽ, rửa tay với xà phòng, đảm bảo an toàn thực phẩm, ăn uống chín.

- Nằm màn tránh muỗi đốt, sử dụng các biện pháp diệt muỗi.

- **Tiêm vaccin dự phòng**

- Tiêm vaccin phòng Viêm não Nhật Bản.

- Tiêm chủng vaccin bại liệt, sởi, quai bị, thủy đậu theo lịch tiêm chủng.

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Chậm phát triển tâm thần - vận động ở các mức

độ - Rối loạn trương lực cơ: Tăng hoặc giảm

- Liệt thần kinh nội sọ hay không:

VIII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2014) HD chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng. Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN NGÓN TAY LÒ XO (M65.3)

(NGÓN TAY CÒ SÚNG)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Ngón tay lò xo là tình trạng viêm bao gân của các gân gấp các ngón tay gây chít hẹp bao gân. Một số trường hợp gân gấp bị viêm xuất hiện cục viêm xơ, làm di động của gân gấp qua vùng ngón tay bị cản trở. Mỗi lần gấp hay duỗi ngón tay rất khó khăn, bệnh nhân phải cố gắng mới bật được ngón tay ra hoặc phải dùng tay bên lành kéo ngón tay ra như kiểu ngón tay có lò xo.

II. NGUYÊN NHÂN

Một số nghề nghiệp có nhiều nguy cơ mắc bệnh do sử dụng độ linh hoạt của ngón tay một cách thường xuyên : Nông dân, giáo viên, thợ cắt tóc, bác sĩ phẫu thuật, thợ thủ công , nhân viên đánh máy ...

Hậu quả của một số bệnh lý như ĐTĐ tuyp 2, Viêm khớp dạng thấp, gout, vẩy nến....

Chấn thương cũng là một trong những nguyên nhân gây bệnh

Một số trường hợp không tìm ra nguyên nhân gây bệnh (đặc biệt là trẻ em) Phân loại mức độ bệnh :

Độ I : Đau ở gốc ngón tay, còn di chuyển được

Độ II : Ngón tay bị giữ lại, gân còn di chuyển được nhưng bị bật hoặc phải dùng sự trợ giúp của tay đối diện

Độ III : Ngón tay bị kẹt ở tư thế cò súng

CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

Hỏi bệnh: Hỏi bệnh nhân thường xuất hiện đau ở gốc ngón tay tại vị trí bao gân bị đau? Đôi khi bệnh nhân khó cử động ngón tay.

Khám lâm sàng và lượng giá chức năng

Những triệu chứng đau và khó gập hoặc duỗi ngón tay, nặng hơn vào buổi sáng sau khi ngủ dậy, ban ngày học tập và làm việc triệu chứng có giảm nhiều.

Khi làm động tác gấp-duỗi ngón tay bệnh nhân cảm nhận được tiếng “bật”. Ngón tay có thể không duỗi thẳng hoặc không gấp được ngón tay mặc dù bệnh nhân cố gắng hết sức (thường là để quá lâu không điều trị).

Giai đoạn sớm bệnh nhân có thể có sưng đau

Sờ dọc gân gấp có thể sờ thấy hạt sơ nhỏ, cục sơ có thể di động theo động tác gấp-duỗi ngón tay.

c) Các chỉ định cận lâm sàng

Chụp XQuang : Rất hiếm khi có tổn thương trên XQuang Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu.

Xét nghiệm sinh hóa máu, sắt, kẽm, ferritin, FT3, FT4, TSH Xét nghiệm máu lắng

Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán phân biệt

Viêm khớp màng ngón tay: Đau vùng gốc ngón tay nhưng có dấu hiệu ngón tay lò xo (thường sưng, nóng, đỏ, đau nhiều khớp bệnh cảnh của viêm khớp dạng thấp)

Giai đoạn sau liệt cơ cứng DUYPUYTREN (thường bị co cứng các ngón tay ở cả 2 bàn tay do xơ hóa giải cân bàn tay).

Chẩn đoán nguyên nhân

Rất khó chẩn đoán nguyên nhân chủ yếu dựa vào các nguyên nhân của bệnh viêm gân.

IV. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều

trị - Giảm đau chống viêm gân gấp

- Giải phóng tình trạng tắc nghẽn bao xơ gân gấp. - Trả lại chức năng ngón tay.

Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Giai đoạn có viêm gân gấp: Chườm lạnh, tập thụ động, chủ động ngón tay có triệu chứng ngày 3 lần.

Giai đoạn không còn viêm

Dùng nhiệt nóng, hồng ngoại, điện phân dẫn thuốc.

Sóng ngắn điều trị.

Siêu âm điều trị

Tập gập duỗi ngón tay nhiều lần theo tầm khớp đốt ngón tay hoặc khớp bàn

ngón.

Xoa bóp, tập kéo giãn gân gấp sau khi đã điều trị nhiệt nóng.

c) Thuốc điều trị

Thuốc chống viêm không steroid

Thuốc tiêm Corticoid tại chỗ đau.

d) Các điều trị khác

Khi điều trị nội khoa không có kết quả, người ta có thể điều trị ngoại khoa để giải phóng các xơ hóa chèn ép gân gấp.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Tránh các yếu tố có nguy cơ cao có thể gây nên bệnh lý trên : các nguy cơ viêm khớp dạng thấp, điều trị cơ bản khi được phát hiện bệnh. Tránh các vi chấn thương hoặc chấn thương trực tiếp vùng ngón tay.

Khám theo hẹn.

VI. PHÒNG NGỪA

Tránh các hoạt động làm căng gân cơ gấp ngón tay.

Tuân thủ đầy đủ các chỉ định từ bác sĩ, trong đó có cả luyện tập vật lý trị liệu ngón tay cò súng.

Khám sức khỏe định kỳ nếu đang mắc các bệnh xương khớp mạn tính.

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Đau và hoặc khó gấp hoặc duỗi ngón tay

VIII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN LIỆT ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY

(G54.0)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng liệt do tổn thương đám rối thần kinh cánh tay xảy ra trong lúc sinh, trẻ bị liệt hoặc giảm vận động, rối loạn cảm giác của các cơ cánh tay.

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân do đứt đoạn hoặc giãn một hoặc tất cả các dây thần kinh trụ, quay, giữa từ đám rối thần kinh cánh tay do thủ thuật kéo tay, vai khi lấy thai hoặc gãy xương, đụng dập do tai nạn

Đẻ khó như: trọng lượng thai nhi lớn ($> 4\text{kg}$), kéo dài tình trạng đau đẻ, dùng thuốc an thần quá nhiều, giảm trương lực cơ, tử cung co bóp khó khăn...

Gãy xương đòn, gãy xương cánh tay, bán trật khớp vai

Do chèn ép bất thường bẩm sinh: xương sườn, đốt sống ngực, ...

Bất kỳ một lực làm thay đổi cấu trúc giải phẫu giữa cổ, đai vai và cánh tay: cử động nghiêng đầu về phía bên kèm theo hạ đai vai xuống làm dẫn các dây thần kinh, ép chúng vào cạnh sườn thứ nhất. Điều đó có thể gây chấn thương đám rối thần kinh rễ trên, trong khi đó đám rối thần kinh rễ dưới có thể bị tổn thương do dạng vai quá mức và có lực kéo ở tay, điều đó vừa kéo dẫn vừa ép dây thần kinh vào dưới móm quạ.

III. CHẨN

ĐOÁN 1. Lâm sàng

Triệu chứng chấn thương phần mềm cơ quanh khớp vai:

Đau: sờ vào vùng khớp vai, vận động khớp vai trẻ khóc.

Đỏ, tím: có thể phát hiện thấy chỗ đỏ, tím do xuất huyết phần mềm quanh khớp vai, vùng xương đòn.

Phù nề: vùng khớp vai bị tổn thương có thể sưng to hơn bên lành.

Hạn chế vận động khớp vai thụ động, chủ động do trẻ đau hoặc do liệt cơ.

Liệt cơ: Liệt mềm ngoại biên các cơ hoặc nhóm cơ của toàn bộ cánh tay

+ Trương lực cơ giảm bên tay bị liệt: Độ rắn chắc của cơ giảm, độ gấp duỗi tại các khớp tăng, độ ve vẩy các ngón tay tăng + Cơ lực giảm:

Thử cơ bằng tay để đánh giá mức độ liệt của từng cơ/nhóm cơ.

Độ 0: Không có co cơ tối thiểu

Độ 1: Có co cơ khi cử động

Độ 2: Thực hiện được vận động nhưng không hết tầm

Độ 3: Thực hiện hết tầm vận động, có trọng lực, không có sức đề kháng

Độ 4: Thực hiện hết tầm vận động, có trọng lực, có sức đề kháng nhẹ hoặc vừa.

Độ 5: Thực hiện hết tầm vận động, có trọng lực, có sức đề kháng tối đa.

Các kiểu liệt tay: Tùy mức độ tổn thương và vị trí tổn thương dây thần kinh mà lâm sàng có các kiểu liệt khác nhau

Liệt thần kinh quay (Bàn tay rủ cổ cò)

Liệt thần kinh trụ (Bàn tay móng chân chim)

Liệt thần kinh giữa (Bàn tay khi)

Dinh dưỡng: cơ bên liệt bị teo so với bên lành.

Phản xạ gân xương giảm hoặc mất bên tay liệt.

Cảm giác: có thể có rối loạn cảm giác ở giai đoạn đầu.

Có thể có gãy xương đòn, gãy xương cánh tay, trật khớp vai.

2. Hỏi bệnh

Hỏi kỹ bệnh sử, xác định rõ mức tổn thương. Lượng giá được thực hiện khi trẻ không mặc áo và ở phòng ấm áp.

3. Khám và lượng giá chức năng

Quan sát ghi nhận các biểu hiện của trẻ, những cử động tự ý khi trẻ nằm ngửa và sấp, được bế đi loanh quanh vỗ về và trò chuyện với trẻ và những hành vi vận động trong khi thử phản xạ và phản ứng (như phản xạ Moro, phản ứng đặt bàn tay, phản xạ Galant, phản ứng chỉnh thế cổ, phản ứng nắm bàn tay), tư thế của chi, trương lực cơ, lực cơ, tầm vận động khớp, chiều dài chi, độ lớn cơ, các chức năng vận động...

3.1. Tổn thương hoàn toàn đám rối TK cánh tay

Mất vận động hoàn toàn chi trên

Mất toàn bộ các loại cảm giác và phản xạ gân xương của chi trên

Có thể gặp hội chứng Claude-Bernard - Horner: co hẹp đồng tử, hẹp khe mi, nhãn cầu thụ lùi về sau

3.2. Tổn thương thân nhất trên: Liệt Erb

Liệt cơ delta do tổn thương dây TK mũ, không giơ được cánh tay lên cao

Liệt cơ nhị đầu do tổn thương dây TK cơ bì, không gấp được cẳng tay

Không có biểu hiện tổn thương dây TK quay, trụ và giữa

Giảm cảm giác đau bờ ngoài của vai, cánh tay, cẳng tay và nền đốt bàn một

3.3. Tổn thương thân nhất giữa, do rễ C7 tạo nên khi tổn thương liệt dây

Không duỗi được cổ tay và đốt 1 các ngón tay

Mất cảm giác đau mặt sau cẳng tay và mu tay, phản xạ gân cơ tam đầu còn

2.4. Tổn thương thân nhất dưới: Liệt Klumpke.

Giảm chức năng dây trụ, dây bì cánh tay, căng tay trong và một phần dây giữa

Liệt ngón chi trên , cơ gian đốt, cơ gấp ngón tay và cơ gian đốt, mất động tác gấp

Khép và dạng các ngón tay mất động tác duỗi đốt ngón 2.3

Mất cảm giác mặt trong cánh tay, căng tay và bàn tay.Teo cơ bàn tay

Mất phản xạ trụ sấp

3.5. Tổn thương thân nhì ngoài

Liệt cơ sấp tròn, cơ gan tay lớn và cơ gấp ngón cái

Liệt cơ nhị đầu và cơ cánh tay trước

3.6.Tổn thương thân nhì dưới

Mất cảm giác mặt trong cánh tay và căng tay

Tổn thương một phần dây TK trụ, dây TK giữa

3.7.Tổn thương thân nhì sau

Rối loạn cảm giác vùng mõm vai, mặt sau căng tay và nửa ngoài mu tay

Mất phản xạ cơ delta , cơ tam đầu và phản xạ trâm quay

Liệt cơ tam đầu , cơ duỗi bàn tay và ngón tay, cơ delta

Triệu chứng tổn thương các dây thần kinh ở chi trên

Tổn thương dây thần kinh mũ

- Dây thần kinh mũ do rễ C5, C6 tạo nên, tách ra từ thân nhì sau.Tổn thương

dây TK mũ hay gặp trong trường hợp sau:gãy xương bả vai hoặc xương đòn, sai khớp vai, gãy chỏm xương cánh tay,chấn thương đụng giập vùng bả vai.

Lâm sàng: Mất cảm giác đau vùng cơ delta, liệt và teo cơ delta, không gấp cánh tay lên được

4.2. Tổn thương dây cơ bì: Không gấp khuỷu được, mất cảm giác mặt ngoài cánh tay

4.3. Tổn thương dây quay: Mất cảm giác mặt sau cánh tay, cẳng tay và nửa ngoài mu tay, mất phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay và phản xạ trâm quay. Không thực hiện được cử động: duỗi cẳng tay, bẻ ngón tay, duỗi và bẻ ngón tay cái, ngửa cẳng bàn tay.

4.4. Tổn thương dây trụ: Mất hết cảm giác ở ngón tay út, mô út và $\frac{1}{2}$ ngón nhẫn, mất động tác khép và bẻ các ngón tay, khép ngón cái

4.5. Tổn thương dây giữa: Giảm hoặc mất cảm giác mặt gan của ngón 123 nửa ngoài ngón 4, mặt mu đốt cuối của các ngón trên, mất hoàn toàn động tác gấp ngón trỏ và ngón cái. không đối ngón cái được.

5. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Công thức máu, sinh hóa máu, sắt, kẽm, chức năng tuyến giáp (T3, T4, TSH)

Chụp Xquang sọ sống cổ, vùng xương đòn và xương cánh tay.

Điện cơ đồ

Chụp MRI cột sống cổ, xem đứt hay căng giãn thần kinh cánh tay

Chẩn đoán xác định

Tổn thương đám rối thần kinh trên (Erb's palsy): - Thường gặp nhất, tổn thương rễ C5 và C6

- Cánh tay khép và xoay trong vai, khuỷu duỗi, cẳng tay quay sấp, gập cổ tay - Mất phản xạ gân cơ nhị đầu cánh tay, phản xạ trâm quay.

- Mất cảm giác: vùng cơ tam giác, mặt quay của cẳng tay - bàn tay.

Tổn thương đám rối thần kinh dưới (Klumpke's palsy):
Tổn thương rễ C7, C8 và T1

Mất cảm giác: vùng bên trụ của cánh tay, cẳng tay, bàn tay.

Rối loạn dinh dưỡng: phù nề

c) Tổn thương hoàn toàn đám rối thần kinh cánh tay (Erb - Klumpke)

Liệt và yếu các nhóm cơ thực hiện cử động: gập, dạng, xoay ngoài vai, khớp xương bả vai.

Do mất chức năng hoạt động của cơ, mô mềm dễ bị kéo giãn. Mất chức năng hoạt động của cánh tay dễ dẫn đến chậm phát triển vận động.

+ Bán trật khớp vai hoặc trật khớp ổ chảo - cánh tay trật xương quay ra sau. + Biến dạng xương và phát triển xương kém.

7. Chẩn đoán phân biệt

Liệt do tổn thương thần kinh vận động dưới: Cảm giác không bị ảnh hưởng.

Liệt do tổn thương thần kinh vận động trên: Mất cảm giác và kiểm soát vận động ở tay, thân mình và chân. Ảnh hưởng đến kiểm soát bàng quang.

Bại não – liệt nửa người

Can thiệp sớm ngay sau khi phát hiện tay bị giảm vận động, tiến hành song song PHCN tại các trung tâm và PHCN tại nhà.

Khám đánh giá tiến triển 3 tháng/lần cho đến khi phục hồi hoàn toàn.

Gia tăng tuần hoàn và giảm phù nề chi.

Ngăn ngừa co rút các cơ và những cử động sai lệch của xương bả vai, cánh tay.

Rèn luyện và phục hồi chức năng vận động của cơ.

Kích thích trẻ nhận biết cảm giác.

Phục hồi sớm thần kinh, tạo hoạt động của cơ, ngăn ngừa teo cơ.

2. Các phương pháp

Gia tăng tuần hoàn và giảm phù nề chi

Nhiệt trị liệu: có thể sử dụng nhiệt nóng “hồng ngoại, túi chườm”

Điện xung, điện phân: Kích thích tăng cường vận động của cơ bị liệt

Vận động trị liệu: Xoa bóp nhẹ nhàng sau khi trẻ ổn định tình trạng xuất huyết và phù nề.

Bài tập 1: Xoa bóp cơ cánh tay

- Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa, tay bên liệt quay về KTV, bộc lộ phần điều trị.

- Kỹ thuật: Các động tác được thực hiện từ: Ngón tay → bàn tay → cẳng tay

cánh tay → vai (bên liệt), xoa vuốt cơ, miết cơ, bóp cơ, nhào cơ, rung cơ

Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa, tay bên liệt quay về phía KTV. Bộc lộ phần điều trị

Kỹ thuật:

Kỹ thuật vận động hết tầm tại khớp vai: Gập và duỗi, một tay cố định khớp vai: Tay kia giữ ở cẳng tay. Từ từ gập tay về phía đầu sau đó đưa trở lại vị trí ban đầu và ra sau. dạng và khép, xoay khớp vai vào trong và ra ngoài: một tay cố định khớp vai. Tay kia cầm ở cẳng tay. Từ từ dạng tay ra sau đó đưa trở lại vị trí ban đầu và qua ngực sang phía bên đối diện.

Kỹ thuật vận động hết tầm tại khớp khuỷu: gập và duỗi khớp khuỷu, xoay ngửa cẳng tay; một tay giữ tại khớp cổ tay. Tay kia nắm lấy bàn tay và từ từ ngửa bàn tay lên.

Kỹ thuật vận động hết tầm tại khớp cổ tay: Gập mặt mu khớp cổ tay, nghiêng trụ và nghiêng quay khớp cổ tay:

Kỹ thuật vận động hết tầm tại khớp bàn ngón: Duỗi đốt bàn ngón, dạng và khép các ngón:

Kỹ thuật vận động hết tầm tại ngón cái: Duỗi đốt ngón cái: Tay trẻ ở tư thế gập khuỷu, KTV giữ bàn tay trẻ sao cho các ngón duỗi thẳng. Tay kia giữ

hai bên ngón cái của trẻ, duỗi ngón cái ra: dạng ngón cái, gập ngón cái về các ngón khác.

Bài tập 3: Vận động chủ động

- Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa: Tay bên liệt quay về phía KTV. Bộc lộ phần điều trị

- Kỹ thuật:

Kỹ thuật vận động hết tầm tại khớp vai: Gấp và duỗi: Một tay cố định khớp vai. Tay kia giữ ở cẳng tay. Từ từ gập tay về phía đầu sau đó đưa trở lại vị trí ban đầu và ra sau, dạng và khép, xoay khớp vai vào trong và ra ngoài; một tay cố

định khớp vai. Tay kia cầm ở cẳng tay. Từ từ dạng tay ra sau đó đưa trở lại vị trí ban đầu và qua ngực sang phía đối diện.

Kỹ thuật vận động hết tầm tại khớp khuỷu: Gập và duỗi khớp khuỷu, xoay ngửa cẳng tay: Gập mặt mu khớp cổ tay, nghiêng trụ và nghiêng quay khớp cổ tay:

Kỹ thuật vận động hết tầm tại khớp bàn ngón: Duỗi đốt bàn ngón, dạng và khép các ngón:

Kỹ thuật vận động hết tầm tại ngón cái: Duỗi đốt ngón cái: Tay trẻ ở tư thế gập khớp khuỷu, KTV giữ bàn tay trẻ sao cho các ngón duỗi thẳng. Tay kia giữ hai bên ngón cái của trẻ, duỗi ngón cái ra: dạng ngón cái, gập ngón cái về các ngón khác.

Bài tập 3: Vận động chủ động:

Tư thế bệnh nhân: Đặt trẻ ngồi trong lòng mẹ, mặt quay về KTV.

Kỹ thuật: KTV giữ tay lành. Đưa đồ chơi có màu sắc, tiếng động về phía tay liệt khuyến khích trẻ với – cầm bằng tay liệt.

Bài tập 4: Tư thế đúng

Ngồi: Treo tay ở tư thế gập khuỷu 90 độ

Nằm: Nằm nghiêng, tay bị liệt ôm gối tròn

Ngăn ngừa co rút mô mềm, các cơ và những cử động sai lệch của xương bả vai, cánh tay:

+ Vận động thụ động làm nhẹ nhàng, chú trọng kiểm soát cử động của xương bả vai khi làm cử động gập và dạng của khớp ổ chảo - cánh tay.

+ Cần dạy cha mẹ trẻ biết cách tập luyện trong tầm độ bình thường và hiểu rõ lý do khi làm các cử động.

+ Dụng cụ trợ giúp: nẹp nâng đỡ cổ- bàn tay, đai treo tay (nếu cần). **c) Rèn luyện và phục hồi các chức năng vận động của cơ:**

- Kết hợp hoạt động trò chơi để trẻ chủ động thực hiện cử động với, cầm nắm phối hợp với hoạt động xoay thân của thân mình. Giám sát, hướng dẫn và điều chỉnh cho trẻ vận động, ngăn chặn những cử động bù trừ khi trẻ hoạt động.

- Giúp trẻ học các kỹ năng vận động theo trình tự các bước:

+ Nhận biết: bằng cách học các cử động

+ Kết hợp hỗ trợ: cần nghĩ ra nhiều cách khác nhau để giúp trẻ thực hiện những cử động tương tự.

+ Tự thực hiện cử động: bằng các hoạt động kích thích, tạo thuận... Dùng đồ chơi với nhiều hình dạng, màu sắc, chất liệu khác nhau có kích cỡ phù hợp cho trẻ dễ cầm nắm.

- Nên phối hợp với phương pháp trị liệu hành vi: thể hiện qua ngữ điệu của giọng nói, nụ cười, thái độ hài lòng khen ngợi trẻ...

Các bài tập nâng đỡ chống chịu sức của chi trên (với lực ép gián đoạn) sẽ giúp kích thích chiều dài xương của trẻ.

d) Kích thích trẻ nhận biết cảm giác: Xoa bóp nhẹ nhàng và giúp trẻ tiếp xúc, va chạm với nhiều đồ vật với chất liệu và kích cỡ khác nhau..

e) Phục hồi sớm thần kinh

Tạo khả năng hoạt động của cơ, ngăn ngừa sự teo cơ và mất ảnh hưởng chức năng của chi trên: Dùng dòng điện xung, điện phân giảm đau, với cường độ rất nhỏ tạo sự co cơ đẳng trường.

Điện châm tạo sự co cơ đẳng trường: Bách hội, Phong trì, Kiên liêu, Giáp tích C3- D1, Kiên trình, Cự truyền, Kiên ngưng, Tý nhu, Thủ ngũ lý, Khúc trì, Hợp cốc, Lao cung, Bát tà, Tam âm giao, Huyết hải, Thái xung

V. TIỀN LƯỢNG/BIẾN CHỨNG

Nếu không được phát hiện sớm và can thiệp sớm, cánh tay liệt sẽ bị teo cơ, bán trật khớp vai, co rút các khớp khuỷu tay, cổ bàn tay, phát triển không cân đối so với bên lành

VI. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Lượng giá bao gồm: thiết lập mục tiêu, kế hoạch điều trị theo từng trường hợp và từng giai đoạn phát triển của mỗi trẻ.

Theo dõi diễn tiến thời gian hồi phục và tái lượng giá: mỗi 2 tuần - 1 tháng.

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Triệu chứng chấn thương phần mềm cơ quanh khớp vai

Hạn chế vận động các khớp thụ động và chủ động

Liệt cơ: Liệt ngoại biên các cơ hoặc nhóm cơ của cánh tay bị liệt

Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Bộ Y tế (2018) Hướng dẫn phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ em khuyết tật

em.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN LIỆT MỀM (G81.0 - G82.3)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệt mềm là các tổn thương ngoại biên làm trẻ giảm hoặc mất khả năng vận động của một hoặc nhiều chi.

II. NGUYÊN NHÂN

Thực tế, nguyên nhân gây liệt mềm vẫn chưa được biết đến. Các nhà nghiên cứu cho rằng virus đóng một vai trò trong việc kích hoạt bệnh. Trong một số trường hợp, người bệnh mắc các bệnh đường hô hấp hoặc sốt (do nhiễm virus) trước khi bị liệt mềm.

Liệt mềm cấp tính có thể xảy ra ở bất kì ai, nhưng thường phổ biến hơn ở trẻ

em.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán a) Hỏi bệnh:

+ Tiền sử thai sản, sinh đẻ

+ Tiền sử bệnh lý, chấn thương của

trẻ b) Khám và lượng giá chức năng

+ Quan sát: thấy một tay trẻ ít cử động hơn tay kia hoặc trẻ khóc và có biểu hiện khó chịu, đau khi ta cử động một tay của trẻ.

+ Triệu chứng chấn thương phần mềm cơ quanh khớp vai: Đau: sờ vào vùng khớp vai, vận động khớp vai trẻ khóc.

Đỏ, tím: có thể phát hiện thấy chỗ đỏ, tím do xuất huyết phần mềm quanh khớp vai, vùng xương đòn.

Phù nề: vùng khớp vai bị tổn thương có thể sưng to hơn bên lành.

+ Hạn chế vận động các khớp thụ động, chủ động do trẻ đau hoặc do liệt cơ.

+ Liệt cơ: Liệt mềm ngoại biên các cơ hoặc nhóm cơ của toàn bộ cánh tay.
Trương lực cơ giảm bên tay bị liệt:

Độ rắn chắc của cơ giảm

Độ gấp duỗi tại các khớp
tăng Độ ve vẩy các ngón
tay tăng

+ Cơ lực giảm: Thử cơ bằng tay (**Mannual Muscle Testing**)

+ Các kiểu liệt tay cổ điển: Tùy mức độ tổn thương và vị trí tổn thương dây thần kinh mà lâm sàng có các kiểu liệt khác nhau như:

Liệt thần kinh quay	Liệt thần kinh trụ	Liệt thần kinh giữa
(Bàn tay rủ cổ cò)	(Bàn tay móng chân chim)	(Bàn tay khỉ)

Dinh dưỡng: cơ bên liệt bị teo so với bên lành, không loét

Phản xạ gân xương giảm hoặc mất bên chi liệt.

Cảm giác: có thể có rối loạn cảm giác ở giai đoạn đầu.

Không có rối loạn cơ tròn trừ hội chứng đuôi ngựa

Không có phản xạ bệnh lý.

Không có diễn biến chuyển sang liệt cứng

Có thể có gãy xương đòn, gãy xương cánh tay, trật khớp vai.

Tiến triển/Biến chứng: Nếu không được phát hiện sớm và can thiệp sớm, cánh tay liệt sẽ bị teo cơ, bán trật khớp vai, co rút các khớp khuỷu tay, cổ bàn tay, phát triển không cân đối so với bên lành.

c) Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:

Công thức máu, sinh hóa máu, sắt, kẽm, chức năng gan thận, chức năng tuyến giáp (T3,T4,TSH).

Xquang: Chụp khớp vai thẳng và xương cánh tay, xương đòn

Điện cơ đồ: có thể thấy có phản ứng thoái hoá điện,

Dịch não tủy: Viêm đa rễ dây thần kinh: phân ly đạm tế bào

Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán phân biệt : Bại não, Liệt nửa người

Chẩn đoán nguyên nhân

Bại liệt: Hay gặp ở trẻ em, thường về mùa hè, do virus bại liệt gây nên.

Lâm sàng: Sốt nhẹ, đau cơ. Rối loạn tiêu hoá. Liệt mềm hoàn toàn. Tổn

thương không đồng đều (một hoặc nhiều chi). Không có rối loạn cảm giác. Teo cơ rất nhanh trong những tuần đầu. Thường không hồi phục

Viêm đa rễ - dây thần kinh: Thường xuất hiện từ từ

Lâm sàng: Liệt mềm hoàn toàn. Tổn thương đồng đều liệt đối xứng hai bên và đều nhau. Rối loạn cảm giác chủ quan: đau, tê bì. Teo cơ theo đường đi của rễ và dây thần kinh

Xét nghiệm: có sự phân ly đạm - tế bào (dưới 2 gram)

c) Viêm đa dây thần kinh: Thường xuất hiện từ từ

Nguyên nhân: Thiếu vitamin B1 ; Nhiễm trùng; Nhiễm độc (chì, rượu...)

Lâm sàng: Liệt mềm hoàn toàn. Tổn thương đồng đều liệt đối xứng hai bên và không đồng đều. Rối loạn cảm giác chủ quan: tê bì. Có thể phù nhẹ (thiếu vitamin B1)

Xét nghiệm: có sự phân ly đạm - tế bào (dưới 2 gram)

d) Hội chứng đuôi ngựa

Nguyên nhân: tổn thương vùng đuôi ngựa

Lâm sàng: Liệt mềm. Tổn thương đồng đều: liệt đối xứng hai bên và đồng đều. Rối loạn cảm giác kiểu yên ngựa (giảm hoặc mất cảm giác vùng tăng sinh môn). Teo cơ kiểu cẳng chân gà. Rối loạn cơ tròn

e) Liệt tay do tổn thương đám rối thần kinh cánh tay

Là tình trạng liệt mềm tay do tổn thương đám rối thần kinh cánh tay xảy ra trong lúc sinh, trẻ bị liệt hoặc giảm vận động, rối loạn cảm giác của các cơ cánh tay.

Nguyên nhân: Đứt hoặc dẫn 1 hoặc các dây thần kinh trụ, quay, giữa từ đám rối thần kinh cánh tay, xảy ra trong lúc sinh.

Lâm sàng: Đau: do đụng giập phần mềm khi thực hiện thủ thuật kéo, cầm; Đỏ, tím: do xuất huyết phần mềm; Phù nề: do đụng giập; Hạn chế vận động khớp vai thụ động, chủ động do trẻ đau; Liệt mềm ngoại biên tay bị tổn thương; Teo cơ nhanh trong 3 tháng đầu

IV. ĐIỀU

TRỊ 1.

Nguyên tắc

Phát hiện sớm, can thiệp sớm ngay sau khi phát hiện.

Khám đánh giá tiến triển 3 tháng/lần cho đến khi phục hồi hoàn toàn.

Nhân lực thực hiện: thành viên của gia đình và cán bộ PHCN các cấp.

2. Các phương pháp

Nhiệt trị liệu: Hồng ngoại, chườm nóng

Điện trị liệu: Điện xung

Mục đích: kích thích hoạt động của các cơ bị liệt, dùng dòng điện thấp tần ngắt quãng, kích thích

Thời gian: 15 phút/lần/ngày

Kỹ thuật điện cực: Cực tác dụng (-) đặt tại cơ bị liệt, cực đệm (+) đặt tại cột sống đoạn cổ (C4 - C7). Thời gian xung/thời gian nghỉ = 1/2. Cường độ cho đến khi thấy co cơ tối thiểu.

c) Vận động trị liệu

Duy trì tối đa tầm hoạt động của các khớp.

Ngăn ngừa biến dạng.

Khuyến khích duy trì hoạt động của chi.

Gia tăng sức mạnh của nhóm cơ liệt.

Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa, bên liệt quay về phía Kỹ thuật viên.

Kỹ thuật: Các động tác được thực hiện từ ngọn chi đến gốc chi Xoa vuốt cơ, miết cơ, bóp cơ, nhào cơ, rung cơ

Bài 2: Vận động hết tầm các khớp

Bài 3: Vận động chủ động chi liệt

Tư thế: Trẻ ngồi trong lòng mẹ, mặt quay về phía người tập.

Kỹ thuật: Người tập giữ tay lành, đưa đồ chơi có màu sắc, tiếng động về phía tay liệt để khuyến khích trẻ với - cầm bằng tay liệt.

+ Đặt tư thế đúng cho trẻ, chống co rút

Ngồi: Treo tay ở tư thế gập khuỷu 90 bằng đai vải

Nằm: nghiêng bên lành, tay bên liệt gác lên gối mềm hoặc ôm gối tròn.

3. Các điều trị khác

a) Dụng cụ chỉnh hình/trợ giúp

Loại dụng cụ: Nẹp cổ bàn tay ở tư thế chức năng. Băng treo tay bằng vải **b) Thuốc**

Giảm đau: Paracetamol 10mg/kg, uống trước tập 30 phút nếu đau khi tập Vitamin nhóm B

Can xi và vitamin D để phòng còi xương khi trẻ trên 3 tháng tuổi **c) Phẫu thuật**

Nổi dây thần kinh khi xác định được có đứt đoạn thần kinh hoặc nếu trẻ được tập liên tục nhưng các dấu hiệu liệt không cải thiện sau 3-6 tháng.

Có thể phẫu thuật chuyển gân đối với trẻ lớn hơn.

d) Châm cứu, điện châm, thủy châm: Có thể điều trị bằng châm cứu vì đây là liệt ngoại biên

Đối với liệt chi trên : Châm huyết kiên ngưng, khúc trì, thủ tam lý, hợp cốc, dương trì

Đối với liệt chi dưới: Châm hoàn khiêu, lăng quyền, thân mạch, tuyệt cốt, hạc đỉnh, âm lăng tuyền, thái xung, giải khê

V. PHÒNG BỆNH, THEO DÕI TÁI KHÁM

1. Phòng bệnh: Do nguyên nhân gây liệt mềm vẫn chưa rõ, nên không có biện pháp phòng ngừa bệnh cụ thể. Tuy nhiên có thể thử một số biện pháp sau:

Thường xuyên rửa tay bằng xà phòng và nước

Tránh chạm tay lên mặt, đặc biệt là tay chưa sạch

Tránh đứng gần người bệnh, đặc biệt là các bệnh do nhiễm virus

Khử trùng, làm sạch các bề mặt thường xuyên chạm vào, kể cả đồ chơi

Dùng khăn giấy hoặc ống tay áo để che miệng khi ho hoặc hắt hơi, không được dùng tay

Ở nhà khi bị bệnh, hạn chế ra ngoài để tránh lây nhiễm virus

2. Theo dõi và tái khám

Khám thường quy sau 1,2,3 tháng cho đến khi trẻ lớn.

Theo dõi: Thử cơ bằng tay định kỳ trong thời gian nằm viện và khi xuất viện.

Đo tầm vận động của các khớp

Theo dõi định kỳ cho đến khi trẻ lớn

VI. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Triệu chứng chấn thương phần mềm cơ quanh khớp của chi bị liệt

Hạn chế vận động các khớp thụ động và chủ động

Liệt cơ: Liệt ngoại biên các cơ hoặc nhóm cơ của chi bị liệt

VII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành

theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

18. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN LIỆT THẦN KINH QUAY (G56.3)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

Gãy xương cánh tay mới hoặc cũ

Ngủ với cánh tay trên trong tư thế chèn ép

Đi nặng nách không đúng kỹ thuật ti ép nhiều vùng nách

Hạch nách hoặc phình mạch chèn ép

Uống nhiều rượu, gói đầu lên cánh tay và ngủ thiếp đi

Các nguyên nhân gây tổn thương thần kinh quay đoạn từ khuỷu đến cổ tay thường là:

+Trật đầu trên xương quay, gãy xương, can xương

+ U mỡ, u tế bào Schwann, u xơ thần kinh, động tĩnh mạch dị dạng đè ép

Có 2 hội chứng dẫn liên quan đến liệt thần kinh quay do bị đè ép là “Hội chứng thần kinh gian cốt sau” và “Hội chứng đường hầm thần kinh quay”,

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

III. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn

đoán a) Hỏi bệnh

Lý do vào viện: rối loạn cảm giác? liệt? teo cơ? ,...

Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất triệu chứng, chẩn đoán và điều trị cũ, tiến triển của bệnh, tình trạng hiện tại

Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương,... **b) Khám và lượng giá chức năng:**

Quan sát:

Dấu hiệu “bàn tay rũ cổ cò”

Tình trạng teo cơ, rung thở cơ phía tay bên liệt so với bên lành trong giai đoạn muộn của bệnh.

- Khám vận động:

Cơ lực: liệt hoặc yếu các nhóm cơ do thần kinh quay chi phối bao gồm các cơ duỗi khuỷu, ngửa cẳng tay, duỗi cổ tay và duỗi các ngón. Vị trí tổn thương thần kinh quay càng cao thì số cơ bị liệt càng nhiều.

Trương lực cơ: giảm

Khám cảm giác: mất hoặc giảm cảm giác mặt sau cánh tay, cẳng tay và mặt ngoài mu tay. Vị trí tổn thương thần kinh quay càng cao thì vùng mất cảm giác càng rộng. Ở bệnh nhân bắt đầu hồi phục thần kinh sau chấn thương có thể có tình trạng tăng cảm giác.

- Khám phản xạ: mất hoặc giảm phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay và phản xạ trâm quay.

- Lượng giá chức năng chi trên của bệnh nhân bằng bộ câu hỏi DASH

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

c) Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:

- Huyết học, sinh hóa máu, chức năng gan thận, chức năng tuyến giáp, sắt, kẽm, **ferritin**.

X-quang: giúp phát hiện gãy xương, can xương hoặc u xương gây chèn ép thần kinh quay.

CT Scanner sọ não phát hiện những tổn thương kín đáo sọ não

MRI: Giúp phát hiện một số tổ chức không cản quang gây chèn ép thần kinh quay (u mỡ, u hạch, phình mạch,...)

Điện cơ đồ (EMG) và khảo sát dẫn truyền thần kinh giúp xác định thần kinh bị tổn thương, định khu vị trí tổn thương và giúp theo dõi quá trình hồi phục của thần kinh quay.

2. Chẩn đoán xác định

- Liệt các nhóm cơ do thần kinh quay chi phối: duỗi khuỷu, ngửa cẳng tay, duỗi cổ tay, duỗi các ngón. Dấu hiệu “bàn tay rũ cổ cò”.

- Mất cảm giác mặt sau cánh tay, cẳng tay, mặt ngoài mu tay. - Mất phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay, phản xạ trâm quay.

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

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lý cột sống cổ gây chèn ép rễ C6, C7

Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay

Một số bệnh lý khác của não hoặc tủy sống có gây liệt chi trên. Ví dụ: tổn thương vỏ não hồi trước trung tâm, bệnh xơ cứng cột bên teo cơ,...

4. Chẩn đoán nguyên nhân

Tổn thương thần kinh quay đoạn từ nách đến khuỷu:

Gãy xương cánh tay mới hoặc cũ

Hội chứng liệt tối Thứ Bảy

Đi nặng nách không đúng kỹ thuật

Hạch nách, phình mạch chèn ép

Tổn thương thần kinh quay đoạn từ khuỷu đến cổ tay: Thường gặp “Hội chứng thần kinh gian cốt sau” do nhánh gian cốt sau của thần kinh quay bị đè ép bởi một số nguyên nhân sau:

Gãy xương, can xương, trật đầu trên xương quay

U mỡ, u xơ thần kinh, u tế bào Schwan, dị dạng động tĩnh mạch gây đè ép

Nghề nghiệp liên quan đến các hoạt động sắp ngửa liên tục căng tay như nhạc trưởng, người đánh đàn violin,...

IV. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU

TRỊ 1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Tổn thương thần kinh quay được chia thành 3 mức độ nặng khác nhau theo Seddon. Thái độ xử trí phụ thuộc nhiều vào mức độ tổn thương:

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

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

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

2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức

năng a) Nhiệt trị liệu: Hồng ngoại, chườm nóng

b) Điện trị liệu: Điện xung, điện phân kích thích hoạt động của nhóm cơ

bị liệt c) Vật lý trị liệu, vận động trị liệu

Giai đoạn cấp: ngay sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật

Bất động chi tổn thương: thời gian tùy thuộc vào tình trạng tổn thương và phương pháp phẫu thuật

Vận động: tần suất và cường độ tập cũng phụ thuộc vào tình trạng tổn thương và phương pháp phẫu thuật

Mang máng thần kinh quay: nhằm dự phòng biến dạng co rút “rũ cổ cò”

Tư vấn cho bệnh nhân biết cách bảo vệ an toàn cho vùng thương tổn, đặc biệt là sau phẫu thuật nối thần kinh. Tránh gây tổn thương cho vùng chi bị mất cảm giác.

- Giai đoạn hồi phục: khi có dấu hiệu tái chi phối thần kinh

Tái rèn luyện vận động: tập mạnh cơ theo chương trình tăng tiến

Xoa bóp, massage giảm tình trạng tăng cảm giác: quá trình tái chi phối thần kinh thường đi kèm với tình trạng tăng cảm giác. Cho bệnh nhân tiếp xúc với nhiều vật làm bằng chất liệu khác nhau để giảm tình trạng trên.

Tái rèn luyện cảm giác: giúp bệnh nhân học cách nhận biết đồ vật khi sờ.

Giai đoạn mãn tính: quá trình tái chi phối thần kinh đã đạt đỉnh, một số chức năng vận động và cảm giác không còn khả năng phục hồi thêm được nữa.

+ Tiếp tục sử dụng dụng cụ chỉnh hình để dự phòng co rút gân cơ.

+ Sử dụng dụng cụ trợ giúp cho chi trên trong hoạt động sinh hoạt hằng ngày. + Dự phòng tổn thương cho vùng chi bị giới hạn vận động và cảm giác.

3. Điện chân, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt: Hợp cốc, Dương khê, Nhị gian, Tam gian, Thương dương, Liệt khuyết, Thái uyên, Thiên lịch, Ôn lưu, Nội quan, Bát tà, Thủ tam lý, Khúc trì, Ngoại quan.

V. PHÒNG BỆNH, THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. Phòng bệnh

Ăn uống lành mạnh: dùng nhiều loại vitamin hàng ngày

Tránh uống rượu và chất kích thích

Tuân thủ các hướng dẫn của bác sĩ và nhà vật lý trị liệu

2. Theo dõi và tái khám

Trong quá trình điều trị, cần theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu tái chi phối thần kinh về vận động cũng như cảm giác để có thái độ xử trí thích hợp.

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

VI. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

+ Dấu hiệu “bàn tay rũ cổ cò”

+ Tình trạng teo cơ, rung thớ cơ phía tay bên liệt

+ Liệt hoặc yếu các nhóm cơ do thần kinh quay chi phối bao gồm các cơ duỗi khuỷu, ngửa cẳng tay, duỗi cổ tay và duỗi các ngón.

+ Trương lực cơ: giảm

VII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN LIỆT VII NGOẠI BIÊN (G51 – G51.0)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA.

Là hội chứng tổn thương dây thần kinh số VII gây nên giảm hoặc mất vận động các cơ vùng mặt một bên.

II. NGUYÊN NHÂN

Do viêm nhiễm: Viêm đa rễ và đa dây thần kinh, Viêm màng não, Viêm dây thần kinh số VII, Viêm tai xương chũm, Zona hạch gối

Do sang chấn: Vỡ nền sọ gây vỡ xương đá, chấn thương vùng đầu mặt, Tai biến sản khoa do forcep, tai biến phẫu thuật tai

Do khối u: U góc cầu tiểu não, U dây thần kinh VII, U độc nền sọ, U cạnh nhỏ xương bướm

Do lạnh, do vi rút

TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng cơ năng

- Ăn thức ăn hay rơi vãi, hay chảy nước mắt, mất cảm giác 2/3 trước lưỡi 2. Triệu chứng lâm sàng

a. Lúc nghỉ ngơi: bộ mặt đờ đẫn, mất đường nét tự nhiên, mất sự cân đối - Nếp nhăn mũi má bên liệt mờ

- Nhân trung lệch về bên lành nên miệng méo về bên lành

- Mép bên liệt sẽ xuống khi ăn, uống hay bị rơi vãi hoặc nước trào ra bên liệt - Lòng má bên liệt hạ thấp xuống

- Khe mắt bên liệt rộng hơn bên lành, mắt nhắm không kín

b. Khi bệnh nhân làm các động tác cố ý, tình trạng mất cân đối của mặt tăng lên rõ hơn:

Người bệnh nhăn trán mờ hoặc mất nếp nhăn trán bên liệt

Người bệnh nhắm mắt:

+Nếu liệt nhẹ: mắt bên liệt có dấu hiệu suoque

+Nếu liệt nặng: mắt bên liệt có dấu hiệu charles-bell

Khi nhe răng hoặc cười: miệng méo rõ về bên lành

Khó chúm miệng thổi lửa, khó ngậm hơi phòng má

Khi thè lưỡi: lưỡi lệch giả tạo về bên lành

Ăn cơm uống nước: nước trào ra mép bên liệt

CT scanner, MRI sọ não, X-quang sọ tư thế hirzt, blondeau

Xét nghiệm dịch não tủy, huyết thanh

Nội soi tai mũi họng

Xét nghiệm máu: Công thức máu, sinh hóa máu, sắt, kẽm, ferritin, chức năng tuyến giáp

V. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa

Điều trị sớm và ngay từ những ngày đầu

Corticoid: Prednisolon 0,5-1mg/kg/ngày. Dùng một đợt 5 - 10 ngày

Kháng sinh: Thế hệ 2, 3

Vitamin nhóm B liều cao: Vitamin B1-6-12 uống, tiêm bắp,

Methycobal 500 microgam-uống 3 viên /3lần/ngày - Thuốc giãn mạch: Papaverin 40mg uống 1-2 viên/ngày,

Fonzyllone 150mg uống 2 viên/ngày

Điều trị theo phục hồi chức năng a. Giai đoạn cấp tính:

- Giải thích cho người nhà hiểu và chuẩn bị tâm lý, hợp tác điều trị - Làm tăng tuần hoàn, giảm co cứng và biến dạng mặt bằng:
+Thuốc giãn mạch

+ Nhiệt ẩm: hồng ngoại, chườm ẩm 15 phút/lần. + Xoa bóp mặt 20 phút/lần

+ Cử động nhẹ nhàng tránh kích thích mạnh,giảm nói cười,....

- Bảo vệ mắt, chống khô và viêm giác mạc, nguy cơ mù mắt bằng đeo kính râm, đặt gạc tẩm huyết thanh hoặc nước muối sinh lý tra thuốc, dùng băng dính cố định tạm thời mắt lại.

Bảo vệ miệng bằng đánh răng hoặc súc miệng bằng nước muối

Phục hồi chức năng giao tiếp, chức năng sinh hoạt cho bệnh nhân bằng tập phát âm các chữ có âm môi như P,B,U.... Hướng dẫn trẻ đánh răng ăn cơm

b. Giai đoạn bán cấp và mạn tính (sau 1 tuần)

Tăng cường trương lực cơ, phối cơ mặt bị teo, kích thích hồi phục sự co cơ mặt hoặc điều trị co cứng mặt, tăng cường tuần hoàn bằng:

+ Nhiệt nóng: hồng ngoại, chườm ấm 15 phút/lần + Điện xung 15 phút/lần

+ Điện phân lidocain, caniclorua, 15 phút/lần + Xoa bóp 20 phút/lần xen kẽ kích thích đá lạnh

Tập các cơ mặt qua bài tập từ chủ động trợ giúp đến đối kháng

Tiếp tục phục hồi chức năng giao tiếp, sinh hoạt bằng tập phát âm các chữ cái, tập nói câu ngắn, câu dài, hướng dẫn các chức năng sinh hoạt

c. Hướng dẫn điều trị ở nhà

Hướng dẫn người nhà giữ ẩm mắt, bảo vệ mắt, tránh các cử động mạnh ở mắt trẻ, khuyến khích các bài tập chủ động

Tập vận động

Tập phát âm

Hướng dẫn các chức năng sinh hoạt

3. Điều trị ngoại khoa

Khi điều trị nội khoa thất bại

Liệt VII do khối u chèn ép dây VII ngoại vi

Liệt VII do chấn thương đứt dây VII hoặc do tai biến trong phẫu thuật tai-xương chũm

Liệt VII do viêm tai cấp tính hoặc mạn tính

Điều trị theo y học cổ truyền

Dùng các bài thuốc Đại Tần giao thang, Ngân kiều tán

Điện châm, châm cứu, Thủy châm, Xoa bóp bấm huyệt: Thái dương, Ấp phong, Dương bạch, Toàn túc, Tinh minh, Ty túc không, Đồng tử liêu, Thừa khấp, Nghinh hương, Giáp xa, Địa thương, Nhân trung, Thừa tương, Phong trì, Nội đình, Khúc trì, Ngự yêu, Quyền liêu, Hợp cốc.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIÊN

CHỨNG 1. Tiên lượng

Khoảng 80-90% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn trong vài tuần hay vài tháng.

Các yếu tố tiên lượng

Điện cơ: bằng chứng mất phân bố thần kinh sau 10 ngày có thoái hoá thần kinh và trì hoãn một thời gian dài (khoảng 3 tháng) trước khi tái tạo (có thể không hoàn toàn)

Liệt không hoàn toàn trong tuần đầu tiên là dấu hiệu tiên lượng tốt nhất.

Các biến chứng

Khô và tổn thương giác mạc (cọ rít, loét)

Sự hồi phục không hoàn toàn với sự suy yếu một phần hay lâu dài của dây thần kinh.

- + Nếu liệt mặt ngoại biên tồn tại một thời gian và sự hồi phục chức năng vận động không hoàn toàn, có thể tiếp tục xuất hiện co thắt cơ mặt lan toả.

- + Khe mi trở nên hẹp, và nếp mũi má sâu hơn

- + Hiện tượng đồng động: cố gắng cử động một nhóm cơ ở mặt có thể gây co thắt tất cả các cơ mặt.

- + Co thắt nửa mặt: co thắt mặt, ban đầu là những cử động của mặt, có thể tiến triển nhiều hơn

- + Điều trị bằng tiêm độc tố botulium

Sự tái tạo lại một cách bất thường của những sợi thần kinh VII có thể gây hậu quả trong những hiện tượng khác.

+ Nếu các sợi gốc nối với cơ vòng mi đến phân bố thần kinh choc ở vòng mi, khi co thắt miệng có thể làm mi mắt đóng xuống.

+ Nếu các sợi gốc nối với các cơ của mắt phân bố thần kinh cho tuyến lệ, nước mắt chảy bất thường (nước mắt cá sấu) có thể xảy ra khi có bất kỳ hoạt động nào của cơ mặt.

+ Há miệng ra cũng có thể là nguyên nhân đóng mi mắt lại ở bên mặt bị liệt (miệng-nháy mắt).

VI. PHÒNG BỆNH VÀ TÁI KHÁM

1. Phòng bệnh

Khi rét tránh mở cửa đột ngột để gió lạnh tạt vào mặt. Vào mùa nóng khi ngủ không nên để quạt, máy điều hòa thổi thẳng vào mặt. Đối với những người làm việc và học tập ban đêm, không nên ngồi gần cửa sổ để tránh gió lùa. Ngoài ra, cần điều trị sớm và triệt để các nhiễm khuẩn tai, mũi, họng...

Khi đi tàu xe nên đóng cửa để tránh hiện tượng gió tạt vào mặt, khi đi ngủ nên đóng cửa để gió không lùa.

Khi bị bệnh nên tới các địa chỉ khám chữa bệnh uy tín
Cần điều trị sớm các chứng viêm nhiễm ở tai, mũi,
họng

Phòng tránh bệnh liệt dây thần kinh số 7 không quá khó khăn, mỗi người có thể tự áp dụng và bảo vệ cho sức khỏe của chính mình.

2. Tái khám: Hướng dẫn bệnh nhân tập tại nhà, hẹn tái khám để đánh giá điều trị, tiến triển của quá trình lui bệnh.

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Bộ mặt mất đường nét tự nhiên, mất sự cân đối: Nếp nhăn mũi má bên liệt mờ, người bệnh nhăn trán mờ hoặc mất nếp nhăn trán bên liệt

Nhân trung lệch về bên lành nên miệng méo về bên lành

Mép bên liệt sệ xuống, khi ăn uống hay bị rơi vãi hoặc nước trào ra bên liệt, hay chảy nước mắt, mất cảm giác 2/3 trước lưỡi

Lông mày bên liệt hạ thấp xuống, khe mắt bên liệt rộng hơn bên lành, mắt nhắm không kín, dấu hiệu Suoquet hoặc dấu hiệu charles-bell (+)

Khi nhe răng hoặc cười hoặc khóc: miệng méo rõ về bên lành

Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN CỨNG KHỚP SAU BÓ BỘT (PHỤC HỒI SAU GỠ XƯƠNG - M24.5)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Gãy xương là tình trạng tổn thương làm mất tính liên tục của xương do nguyên nhân chấn thương hoặc bệnh lý, gây tổn thương

Chấn thương gãy xương do tai nạn lao động, chơi thể thao, tai nạn giao thông,... khá thường gặp trong sinh hoạt, lao động hằng ngày. Sau một thời gian bó bột, phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp đinh, người bệnh sẽ ít nhiều giảm khả năng vận động. Để sớm có được sự vận động bình thường, tránh biến dạng xương, người bệnh cần thực hiện phục hồi chức năng sau chấn thương.

CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a) Giai đoạn gãy xương

- Biến dạng trực chi, Có tiếng lạo xạo xương gãy, Cử động bất thường - Đau, Sưng nề bầm tím,

- Giảm, mất vận động

b) Giai đoạn liền xương (tháo bột)

- Đau, sưng nề, Giảm, mất vận động khớp - Cứng khớp tại khớp gần chỗ xương gãy - Hạn chế gập duỗi khớp

- Gập vào đau nhiều

2. Cận lâm

sàng -

X-quang :

+ Giai đoạn gãy xương: Có hình ảnh mất tính liên tục của xương

+ Giai đoạn liền xương: Hình ảnh gãy xương đã có can xương

- Công thức máu, sinh hóa máu, sắt, kẽm, ferritin, chức năng gan thận, chức

năng tuyến giáp

PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ VÀ PHỤC HỒI GÃY XƯƠNG

1. Nguyên tắc hỗ trợ vật lý trị liệu phục hồi chức năng

- Tạo điều kiện tốt nhất cho tiến trình liền xương và liền các tổ chức phần mềm xung quanh;

Giảm đau, giảm sưng tấy, chống rối loạn tuần hoàn, chống dính khớp và ngăn ngừa hội chứng đau vùng (hội chứng rối loạn dinh dưỡng giao cảm phản xạ - hội chứng Sudeck)

Duy trì tầm vận động khớp và ngừa teo cơ;

Phục hồi chức năng cho các hoạt động tinh của bàn tay, chân sau một thời gian bất động.

2. Cụ thể

2.1. Điều trị xương gãy

Nắn chỉnh

Bất động

2.2. Điều trị mô mềm:

Cử động là cách tốt nhất để giải tỏa máu tụ trước khi chúng đóng cục và tổ chức hóa. Đồng thời cử động làm tăng hấp thu giảm phù nề

Tùy theo trường hợp cụ thể và ở từng giai đoạn khác nhau mà có các cử động khác nhau

2.3 Giai đoạn bất động

Mục đích

Phòng các thương tật thứ cấp do bất động: teo cơ, cứng khớp...

Giảm đau, giảm phù nề

Duy trì tầm vận động của các khớp tự do

Phương pháp phục hồi chức năng:

- Tư thế trị liệu

+ Đối với gãy xương mà vùng chi gãy còn phù nề nhiều, phải kê cao chi cho

tuần hoàn để lưu thông

Đối với những bệnh nhân bị gãy cột sống, gãy xương đùi, đa chấn thương phải nằm bất động lâu thì tư thế đúng rất quan trọng.

- Vận động trị liệu

Cơ cơ tĩnh nhóm cơ bị bất động: Giúp tăng cường tuần hoàn và nuôi dưỡng, duy trì trương lực cơ, giảm phù nề, đồng thời còn tạo sức ép hai đầu xương gãy giúp xương nhanh liền.

Nếu bệnh nhân phải nằm tại giường thì cần kết hợp tập thở càng sớm càng tốt và trấn trở thường xuyên ít nhất 2 giờ /lần, sau đó hướng dẫn bệnh nhân tự trấn trở nhưng vẫn đảm bảo được bất động.

Tập vận động chủ động các khớp tự do hết tầm vận động

Một số tác giả khuyên rằng khi đã tổn thương mô cơ, để tránh mô sẹo hình thành thì phải vận động các khớp tự do và co cơ đẳng trương 5 phút trong một giờ.

Nhiệt trị liệu: dùng nhiệt lạnh để giảm đau giảm phù nề

Từ trường: Kích thích liền xương

2.4. Giai đoạn sau bất động:

a) Mục đích:

Giảm đau, giảm phù nề

Gia tăng tuần hoàn, làm mềm và kéo dẫn mô sợi

Tăng tầm hoạt động của khớp

Tăng sức mạnh của cơ

Tái rèn luyện các cơ bị mất chức năng, PHCN tối đa cho người bệnh **b) Phương pháp phục hồi**

Nhiệt trị liệu : hồng ngoại, parafin, nước nóng.

Điện trị liệu (không dùng cho đóng đinh nội tủy)

Điện phân dung dịch Novocain, Lidocain, CaCl_2

Điện xung để giảm đau hoặc kích thích cơ bị yếu bị liệt - Sóng ngắn, từ trường.

- Xoa bóp sâu, nhào bóp, nhằm di chuyển các chất dịch trong tổ chức và tạo nên cử động trong cơ để kéo dẫn các mô sợi kết dính - Vận động:

Kỹ thuật giữ nghỉ hoặc kéo dẫn thụ động đối với các khớp bị giới hạn tầm vận động

Vận động chủ động có trợ giúp đối với khớp bị hạn chế tầm vận động, sau đó vận động chủ động hoàn toàn và chủ động có kháng trở để tăng sức mạnh sức bền của cơ, tăng tầm vận động khớp.

- Hoạt động trị liệu: Điều hợp các động tác, tái rèn luyện các cơ bị liệt, bị mất chức năng, tăng cường các hoạt động tinh tế.

IV. CÁC BIẾN CHỨNG THƯỜNG GẶP SAU GÃY XƯƠNG

1. Can lệch:
2. Chậm liền;
3. Teo cơ, cứng khớp, co rút cơ
4. Khớp giả (rất hiếm gặp)
5. Rối loạn tuần hoàn:

6. Tồn thương thần kinh

7. Sai lệch dáng đi, mất chức năng.

8. Mất chức năng: Do cứng khớp hoặc do tổn thương thần kinh

V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau, sưng nề, giảm, mất vận động

- Cứng khớp tại khớp gần chỗ xương gãy

- Hạn chế gập duỗi khớp, gập vào đau nhiều

VI. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN VỆO CỔ BẮM SINH (G24.3, M43.6)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐẠI CƯƠNG

Vẹo cổ bẩm sinh do tật cơ là tình trạng cơ ức đòn chũm (UDC) bị co rút hoặc bị xơ hoá dẫn đến tư thế đầu trẻ nghiêng về bên cơ bị co rút hoặc bên cơ có khối u xơ cơ và mặt xoay về phía đối diện

II. NGUYÊN NHÂN

Do tư thế ngôi thai trong thời kỳ thai nghén

Đẻ thiếu tháng

Xơ hóa cơ ức đòn chũm

CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Tiền căn sản khoa: Sinh ngôi mông, sinh khó, sinh hút, cân nặng lúc sinh, sinh đủ tháng hay thiếu tháng

Thời điểm phát hiện trẻ bị vẹo cổ

2. Khám lâm sàng

Đầu trẻ khi nằm ngửa hoặc khi ngồi, đầu trẻ nghiêng sang một bên

Vận động cột sống cổ: Bị hạn chế nghiêng sang bên lành và xoay hai bên

Cơ UDC và cơ thang trên: mềm hay co thắt, co rút

Cơ UDC: Không nóng đỏ đau, có thể sờ thấy khối u mật độ chắc, di động theo cơ ức đòn chũm, xác định kích thước khối u qua kết quả siêu âm

Hình thể mặt: bị lép hoặc biến dạng

Mắt và chức năng thị giác

Cột sống cổ

Các bệnh và tật khác

Cận lâm sàng:

- Siêu âm cơ

UĐC

- Chọc hút sinh thiết khối u

- Công thức máu, sinh hóa máu, chức năng gan thận, chức năng tuyến giáp, sắt,

kẽm, ferritin

4. Chẩn đoán xác định: Dựa vào

Thăm khám lâm sàng: Cơ UĐC co rút chắc, hoặc có khối u mật độ chắc, không di động nằm dọc thân cơ UĐC

Siêu âm phạm mềm cơ vùng cổ

Sinh thiết khối u (nếu có khối u)

5. Chẩn đoán phân biệt

Viêm hạch vùng cổ: Sốt, sưng nóng, đỏ, đau. Chọc hút sinh thiết có nhiều bạch cầu đa nhân

Khối u vùng cổ

Viêm cơ ức đòn chũm

Vẹo cổ bẩm sinh do bất thường: các đốt sống cổ bẩm sinh, phát triển vận động (trẻ bại não có phản xạ trương lực cổ bất đối xứng, trẻ giảm trương lực cơ hoặc chậm phát triển vận động), vấn đề thị giác hoặc không rõ nguyên nhân

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Can thiệp sớm

2. Mục tiêu

Làm mềm cơ hoặc khối u, lấy lại tầm hoạt động cột sống cổ

Ngăn ngừa co rút cơ UĐC

Tăng sức mạnh của cơ UĐC đối bên

Ngăn ngừa biến dạng sọ – mặt, cột sống

Thời điểm điều trị: Ngay khi phát hiện trẻ bị vẹo cổ

Kỹ thuật điều trị

4.1. Điều trị bảo tồn

Nhiệt trị liệu: Bằng tia hồng ngoại bên có tật cơ ức đòn chũm

Điện trị liệu: (chỉ định cho trẻ trên 3 tháng)

Điều trị bằng dòng điện một chiều đều tại vùng cơ co rút hoặc khối u

Điều trị bằng các dòng điện xung vùng cơ co rút hoặc khối u

Điều trị bằng điện phân dẫn thuốc vùng cơ co rút hoặc khối u bằng Kali Iodua hoặc Calci clorua

c) Vận động trị liệu

- Kỹ thuật kéo dẫn cho trẻ bị vẹo cổ bẩm sinh bằng tay - Kỹ thuật xoa bóp vùng: Xoa bóp, day cơ ức đòn chũm - Tập vận động trợ giúp cho cơ UDC cùng bên

- Tập vận động chủ động và vận động có đề kháng để gia tăng sức mạnh nhóm cơ UDC đối bên

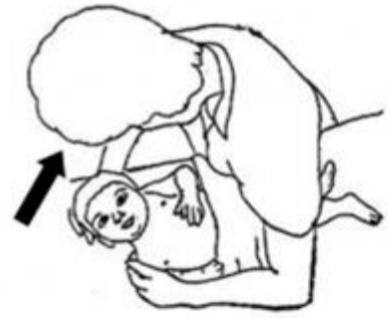
- Kích thích chỉnh thể đầu: Xoay đầu trẻ, đặt trẻ nằm nghiêng hai bên - Kích thích cơ UDC đối bên

- Mang nẹp cổ mềm hoặc cứng (kỹ thuật sử dụng nẹp chỉnh hình cổ)

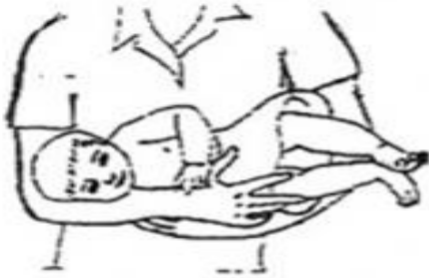
Bài tập kéo dẫn minh họa cho trường hợp co rút cơ hoặc u cơ UDC bên PHẢI bằng tay



Tập xoay mặt qua **PHẢI**



Tập nghiêng đầu qua **TRÁI**



Kéo dẫn bằng tư thế

d) Dụng cụ chỉnh hình

Mục đích: Giữ cho đầu ở vị trí trung gian.

Chỉ định: Sau khi phẫu thuật kết hợp với vận động trị liệu, điện trị liệu.

Loại dụng cụ: Dai cổ mềm.

Chỉ định phẫu thuật: Điều trị bảo tồn đến 24 tháng tuổi không có kết quả cho trẻ bị u xơ cơ ức đòn chũm

4.2. Điều trị sau phẫu thuật

- Điều trị bằng tia hồng ngoại bên có tật cơ ức đòn chũm (đã phẫu thuật) - Điều trị liệu: Tại vùng u xơ cơ ức đòn chũm đã phẫu thuật

+ Điều trị bằng dòng điện một chiều
đều + Điều trị bằng các dòng điện
xung

+ Điều trị bằng điện phân dẫn thuốc bằng Kali Iodua hoặc Calci clorua - Kỹ thuật kéo dẫn cho trẻ bị vẹo cổ bẩm sinh bằng tay

- Kéo tạ cột sống cổ với trọng lượng bằng 1/12 trọng lượng cơ thể, áp dụng cho trẻ có sự hợp tác

- Kỹ thuật xoa bóp vùng (xoa bóp cục bộ bằng tay) - Tập vận động trợ giúp cho cơ UDC cùng bên

Tập vận động chủ động và vận động có đề kháng để gia tăng sức mạnh nhóm cơ UDC đối bên

Tập nhận cảm giác bản thể về tư thế thẳng của đầu trong không gian (tạo thuận thần kinh cơ bản thể chức năng)

Tư thế thẳng đầu trong sinh hoạt hằng ngày

Bài tập chỉnh thể đầu

Mang nẹp cổ mềm hoặc cứng (kỹ thuật sử dụng nẹp chỉnh hình cổ)

Tránh thực hiện kéo dẫn cột sống cổ quá mạnh vì có nguy cơ gây liệt đám rối thần kinh cánh tay

Đối với những khối u quá to, nên tập luyện từ từ để tránh trẻ bị ho, sặc, tím tái. Khi xảy ra tím tái, ngưng tập cho thở oxy, hút đờm nhớt

VI. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ - THEO DÕI VÀ NGỪNG ĐIỀU

TRỊ 1. Đánh giá kết quả

Kiểm tra kích thước cơ và mật độ khối u

Đo tầm vận động của cột sống cổ

Theo dõi định kỳ cho đến khi trẻ lớn

2. Theo dõi

Kết hợp chương trình điều trị tại nhà

Kéo dẫn cơ ức đòn chũm bằng tay mẹ và bằng tư thế

Tư thế ngăn ngừa có rút cơ ức đòn chũm và biến dạng sọ mặt

Tái khám mỗi tháng 1 lần cho đến khi trẻ được 3 tuổi./.

Tiêu chuẩn ngưng điều trị: Đủ 3 tiêu chuẩn sau + Đầu ở vị thế thẳng

+ Tầm vận động cột sống cổ chủ động không bị giới hạn + Không còn khối u cơ UDC

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đầu trẻ khi nằm ngửa hoặc khi ngồi, đầu trẻ nghiêng sang một bên

- Vận động cột sống cổ: Bị hạn chế nghiêng sang bên lành và xoay hai bên

- Cơ UDC và cơ thang trên: mềm hay co thắt, co rút

- Cơ UDC: Không nóng đỏ đau, có thể sờ thấy khối u mật độ chắc, di động theo cơ ức đòn chũm, xác định kích thước khối u qua kết quả siêu âm

VII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN VEO CỔ CẤP (G24.3; M43.6)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

Có nhiều nguyên nhân gây veo cổ cấp, nhưng phổ biến nhất là do lạnh, do nằm ngủ sai tư thế, do lao động: vác một vật gì to và nặng ở trên vai.

CHẨN ĐOÁN

Các công việc của chẩn đoán a) Hỏi bệnh

Bệnh nhân xuất hiện đau có đột ngột không? mức độ đau như thế nào? đau tại

chỗ hay đau lan lên đầu hoặc xuống vai? đau khi vận động, khi nghỉ ngơi... Có hạn chế vận động cột sống cổ, chóng mặt, có rối loạn giấc ngủ không?

b) Khám và lượng giá chức năng

Khám cột sống cổ: Hình dáng biến đổi, đầu bị lệch veo sang một bên ở tư thế chống đau cố định.

Cơ cạnh cột sống cổ, cơ vùng vai co cứng, có điểm đau chói tại vùng cơ co cứng.

Hạn chế vận động cột sống cổ nhiều. Test kéo giãn cột sống cổ thấy giảm đau.

c) Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Công thức máu, sinh hóa máu, chức năng gan thận, chức năng tuyến giáp (T3, T4, TSH), sắt, kẽm, ferritin

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

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

2. Chẩn đoán phân biệt

Thoái hóa đốt sống, cột sống cổ

Chấn thương vùng cột sống cổ gây tổn thương xương và đĩa đệm

Ung thư xương nguyên phát hoặc di căn..

Giảm đau, giảm co rút cơ cứng cơ.

Phục hồi tầm vận động cột sống cổ

Phục hồi các hoạt động chức năng hàng ngày

2. Các phương pháp

Điều trị bằng nhiệt vùng vai gáy: Có thể chọn một trong các phương pháp nhiệt sau: Hồng ngoại, chườm ẩm hoặc bùn khoáng, từ trường nhiệt

Điện phân dẫn thuốc chống viêm giảm đau như Natrisalicylat 3% đặt tại vùng cột sống cổ.

Điện xung: Các dòng giảm đau cấp như TENS, Diadinamic...

Siêu âm hoặc siêu âm dẫn thuốc chống viêm giảm đau dòng xung dọc vùng cơ hai bên cạnh cột sống.

Kéo giãn cột sống cổ ngắt quãng hoặc liên tục.

Xoa bóp vùng vai gáy: Rất có hiệu quả trong điều trị, có tác dụng giảm đau

nhẹ

Tập luyện: Đặc biệt quan trọng trong điều trị cũng như phòng tái phát. Các bài tập theo tầm vận động cột sống cổ, vai tay. Điều chỉnh tư thế cột sống cổ khi làm việc, trong sinh hoạt để tránh gập hoặc quá ưỡn kéo dài. Các bài tập được thực hiện khi đang điều trị và sau điều trị

3. Các điều trị hỗ trợ khác

Acetaminophen (paracetamol) 10mg/kg/lần $\times$ 4 lần/ngày.

Thuốc giãn cơ: Myonal viên 50mg hoặc Mydocalm 3mg/kg/lần $\times$ 3 lần/ngày.

Điều chỉnh chế độ ăn hợp lý, giữ ẩm vùng cổ vai gáy nhất là vào mùa đông. Nghỉ ngơi tránh tư thế vận động đột ngột đối với cột sống cổ. Không nằm gối đầu cao...

V. PHÒNG BỆNH VÀ TÁI KHÁM

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

VI. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Đầu bị lệch vẹo sang một bên ở tư thế chống đau cố định.

Cơ cạnh cột sống cổ, cơ vùng vai co cứng,

Có điểm đau chói tại vùng cơ co cứng.

Hạn chế vận động cột sống cổ nhiều

VII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

23. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN VIÊM ĐA RỄ, ĐA DÂY THẦN KINH (G61)

(HỘI CHỨNG GUILLAIN BARRÉ)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng Guillain-Barré là một hội chứng với các biểu hiện:

Tổn thương lan toả neuron thần kinh ngoại vi cả vận động và cảm giác.

Giảm vận động, giảm cảm giác ở ngoại vi, thường biểu hiện cả hai bên, có tính chất đối xứng, ở gốc chi nhiều hơn ngọn chi, tổn thương có tính chất lan lên.

Phân ly protein – tế bào trong dịch não tủy.

Hội chứng Guillain-Barre bao gồm nhiều biến thể:

Bệnh lý viêm đa dây thần kinh cấp kèm hủy myelin (Acute inflammatory demyelinating polyneuropathy = CIDP);

Bệnh lý sợi trục thần kinh vận động cấp (acute motor axonal neuropathy =

AMAN) ;

Hội chứng Miller-Fisher (Miller-Fisher syndrome = MFS).

Bệnh lý viêm đa dây thần kinh cấp kèm **hủy myelin** ADP chiếm 90% các trường hợp **bệnh dây thần kinh ngoại biên do tự miễn**.

II. NGUYÊN NHÂN

Hiện nay, nguyên nhân chính xác của **hội chứng Guillain - Barre** chưa được làm rõ ràng, nhưng thường đi trước bởi một căn bệnh truyền nhiễm như một nhiễm trùng hô hấp hoặc dạ dày. Một số trường hợp mắc hội chứng Guillain - **Barre** có tiền sử nhiễm *Campylobacter jejuni* hay nhiễm Cytomegalovirus (CMV) trước đó. Các trường hợp còn lại trước đó nhiễm *Mycoplasma* hoặc các nhiễm trùng khác, hoặc đã được tiêm chủng.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

a) Hỏi bệnh, khám và lượng giá chức năng

Nhịp tim nhanh, Huyết áp tăng hoặc giảm

Rối loạn cảm giác: Cảm giác như kiến bò ở ngón tay, ngón chân hoặc cả hai

Rất khó cử động mắt, khó nhai, khó nói và khó nuốt

Yếu hoặc liệt hai chân, khó cử động hoặc liệt hai tay: liệt mềm, phản xạ gân xương giảm

Khó thở, nếu nặng bệnh nhân có thể bị suy hô hấp

Không có rối loạn cơ tròn: đại tiểu tiện tự chủ

Phần lớn bệnh nhân hội chứng Guillain-Barré bị liệt trong vòng 4 tuần sau khi có triệu chứng đầu tiên. Một vài trường hợp triệu chứng có thể tiến triển rất

nhANH, gây liệt hoàn toàn chân, tay và cơ hô hấp trong vòng vài giờ **b) Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng**

Xét nghiệm máu: Công thức máu, sinh hóa máu, chức năng gan thận, sắt, kẽm, ferritin, chức năng tuyến giáp (T3, T4, TSH)

Chọc dịch não tủy: phân ly đạm tế bào

Đo điện cơ

Chụp XQ cột sống lưng thất lưng thẳng nghiêng

MRI cột sống tìm nguyên nhân

IV. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU

TRỊ 1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Tập càng sớm càng tốt ngay sau khi qua giai đoạn cấp tính

Phòng ngừa thương tật thứ phát

Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

- Chăm sóc và phục hồi chức năng hô hấp - Tập vận động theo thang điểm thử cơ

- Tập hoạt động trị liệu chức năng sinh hoạt hàng ngày

- Sử dụng dụng cụ trợ giúp (dụng cụ chỉnh hình, nạng, thanh song song, khung

tập đi, dụng cụ hỗ trợ sinh hoạt hàng ngày...)

Các điều trị khác a) Về hồi sức

Cần chú ý ba nguy cơ chính:

- Liệt vận động lan tỏa: loét đè ép, tắc mạch phổi, viêm phổi. - Liệt hô hấp, tử vong nhanh.

- Rối loạn thần kinh thực vật, thần kinh tự chủ. Xử trí:
- Thông khí nhân tạo: qua nội khí quản, qua canule mở khí quản, thở máy, hút

đờm rãi

Vận động trị liệu: vỗ rung, tập vận động khớp, xoa bóp.

Khám phổi, Xquang thường xuyên: phát hiện viêm phổi, xẹp phổi.

Tập thở khi cơ hô hấp có dấu hiệu hồi phục.

Dinh dưỡng: phải đảm bảo calo khoảng 2000 kcalo/ ngày.

Điều trị: Hạ Natri máu, hội chứng ADH.

b) Điều trị đặc hiệu

Lọc huyết tương: nên thực hiện sớm, nhưng giá thành đắt, + 2 lần / mỗi 48 giờ: chưa có liệt vận động chân.

4 lần / mỗi 48 giờ: có liệt vận động chân.

Chống chỉ định: bệnh nhân có biến chứng nhiễm trùng, không có đường vào.

Corticoid: không có hiệu quả rõ ràng.

Các globulin miễn dịch (Ig) 0.4 g/kg/ngày x 5 ngày. + Chống chỉ định: Suy thận, dị ứng.

+ Đất tiền.

+ Có thể vẫn thất bại, đặc biệt là điều trị muện.

Điều trị nguyên nhân: Khó vì chưa xác định được rõ loại vi rút nào. **c) Kết hợp điện châm, châm cứu, thủy châm: (xem bài bại não)**

Đối với liệt chi trên : Châm huyết kiên ngưng, khúc trì, thủ tam lý, hợp cốc, dương trì

Đối với liệt chi dưới: Châm hoàn khiêu, lăng quyền, thân mạch, tuyệt cốt, hạc đỉnh, âm lăng tuyền, thái xung, giải Khê.

Tư thế nằm ngửa: Kiên tĩnh, Kiên ngưng, Tý nhu, Thủ ngũ lý, Khúc trì, Thủ tam lý, Hợp cốc, Lao cung, Phục thổ, Bể quan, Dương lăng tuyền, Âm lăng tuyền, Xung dương, Giải Khê, Ngoại quan, Chi câu, Túc tam lý, Thượng cự huyệt, Tam âm giao, Trung đô

Tư thế nằm sấp: Giáp tích C4-C7, C7-D10, L1-L5, Kiên trinh, Cự tuyền, Khúc trì, Khúc Trạch, Ngoại quan, Nội quan, Bát tà, Trật biên, Hoàn khiêu, Ân môn, Thừa phù, Thừa sơn, Thừa cân, Ủy trung, Thận du, Huyết hải, Âm liêm

V. BIẾN CHỨNG

Tình trạng khó thở: rất nguy hiểm có thể gây chết người của **bệnh dây thần kinh ngoại biên do tự miễn** là xuất hiện các điểm yếu hoặc tê liệt có thể lây lan đến các cơ có vai trò điều hòa hơi thở. Trong những trường hợp này cần sự hỗ trợ tạm thời từ một máy thở khi nhập viện để điều trị.

Tê bì vùng các chi hoặc cảm giác khác: hầu hết những người bị **hội chứng Guillain - Barre** hồi phục hoàn toàn hoặc chỉ những người mắc hội chứng ở độ tuổi vị thành niên, hiện tượng suy yếu hoặc bất thường cảm giác như bị tê hoặc ngứa ran. Tuy nhiên, đầy đủ phục hồi có thể được làm chậm, thường tham gia một năm hoặc lâu hơn.

Một số trường hợp tàn tật nặng: đây là những biến chứng nghiêm trọng, vấn đề lâu dài với cảm giác và sự phối hợp.

Tình trạng tái phát của **hội chứng Guillain – Barre**

Đối với những trường hợp nặng, các triệu chứng sớm của **hội chứng Guillain-Barre** tăng đáng kể nguy cơ biến chứng nghiêm trọng lâu dài.

VI. PHÒNG BỆNH

Ngừng các thuốc gây độc thần kinh

Ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng.

Xây dựng một lối sống lành mạnh, luyện tập thể thao.

Không lạm dụng rượu.

Nếu đã được chẩn đoán bệnh, cần tái khám theo hẹn để theo dõi diễn tiến của các triệu chứng, và phát hiện sớm các di chứng nếu có để phục hồi chức năng sớm.

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Khó cử động mắt, khó nhai, khó nói và khó nuốt

Yếu hoặc liệt hai chân, khó cử động hoặc liệt hai tay: liệt mềm, phản xạ gân xương giảm

VIII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

(M05 – M06.9; M08.0)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh khớp tự miễn diễn biến mạn tính, trong đó số lượng khớp bị viêm và bị hủy hoại có thể rất nhiều, nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cao bệnh nhân bị VKDT có teo cơ, giảm sức cơ, biến dạng khớp, cứng khớp, giảm sức bền cơ thể do vậy bệnh nhân bị hạn chế vận động nghiêm trọng, thời gian bị bệnh càng dài thì tỷ lệ bệnh nhân mất khả năng lao động càng lớn. VKDT là bệnh viêm khớp mạn tính thường gặp nhất, là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế trong các bệnh lý cơ xương khớp

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân của viêm khớp dạng thấp tới nay vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ. Cơ bản, viêm khớp dạng thấp được cho là sự tương tác của nhiều yếu tố khác nhau như:

Di truyền

Môi trường sống

Hormone

Miễn dịch

Nhiễm trùng

Tâm lý

Thói quen, lối sống

III. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

a) Hỏi bệnh: Khai thác về thời gian xuất hiện, số lượng khớp sưng đau, tính

chất đau, tiến triển bệnh, các phương pháp điều trị đã trải qua... **b) Khám lâm sàng**

Đánh giá các tổn thương tại khớp: tính chất đối xứng, ở các khớp ngoại biên, tiến triển từng đợt, có xu hướng nặng dần gây hủy hoại khớp và đầu xương

Đánh giá các tổn thương ngoài khớp: viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim, rối loạn nhịp tim, tràn dịch màng phổi, xơ phổi, khô kết mạc mắt...

Đánh giá các tổn thương toàn thân: mệt mỏi, sụt cân, thiếu máu, suy nhược,

phù...

c) Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Công thức máu, sinh hóa máu, sắt, kẽm, ferritin, chức năng tuyến giáp, VSS, CRP, xét nghiệm chức năng gan, thận

XQ thường quy tìm phổi, điện tâm đồ.

Các xét nghiệm đặc hiệu: Yếu tố dạng thấp RF, anti CCP, XQ khớp tổn thương.

2. Chẩn đoán xác định

Theo tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa kỳ và Liên đoàn chống Thấp Châu

Ấu:

Dấu hiệu	Điểm
A. Biểu hiện tại khớp	
+ 01 khớp lớn	0
+ 02-10 khớp lớn	01
+ 01-03 khớp nhỏ (có hay không có biểu hiện ở khớp lớn)	03
+ 04-10 khớp nhỏ (có hay không có biểu hiện ở khớp lớn)	04
+ Trên 10 khớp (có ít nhất 01 khớp nhỏ)	05
B- Huyết thanh (ít nhất phải làm một xét nghiệm)	
+ RF âm tính và Anti CCP âm tính	0
+ RF dương tính thấp hoặc anti CCP dương tính thấp	02
+ RF dương tính cao hoặc anti CCP dương tính cao	03
C- Chỉ số viêm giai đoạn cấp (ít nhất phải làm một xét nghiệm)	
+ CRP bình thường hoặc tốc độ máu lắng bình thường	0
+ CRP tăng hoặc tốc độ máu lắng tăng	01
D- Thời gian hiện diện các triệu chứng	
Dưới 6 tuần	0
Trên 6 tuần	01

Chẩn đoán xác định khi điểm 6/10

3. Chẩn đoán phân biệt

- Lupus ban đỏ hệ thống
- Thoái hóa khớp
- Viêm khớp trong bệnh Goutt mạn tính
- Viêm cột sống dính khớp

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng

Là nhằm giảm viêm, giảm đau, hạn chế tổn thương khớp, ngừa biến dạng khớp, duy trì chức năng, duy trì khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

2. Mục đích điều trị và Phục hồi chức năng

Bảo vệ khớp.

Giảm đau, giảm sưng.

Duy trì và cải thiện tầm vận động khớp, ngừa biến dạng khớp.

Làm mạnh cơ yếu, tăng cường sức chịu đựng của cơ thể.

Cải thiện khả năng thăng bằng khi đi lại.

Cải thiện sức khỏe và tăng cường độc lập trong sinh hoạt

Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng a) Giai đoạn viêm cấp

- Nghỉ ngơi: cần để các khớp viêm cấp được nghỉ ngơi, giảm vận động ban ngày vì vận động và gắng sức có thể làm tăng sưng đau và tổn thương khớp.

Duy trì tư thế khớp đúng khi nghỉ.

Mang nẹp nghỉ vào ban đêm, cho phép giữ khớp ở tư thế chức năng, và làm giảm sự co rút của gân cơ.

Chườm lạnh các khớp viêm cấp 10-15 phút, 2lần/ngày

Vận động tập: vận động thụ động nhẹ nhàng các khớp háng, gối, vai, ngừa dính khớp, teo cơ, đặt khớp cổ, bàn tay và ngón tay trong máng bột hay nẹp nhựa ở tư thế cổ tay duỗi 20^0 , khớp bàn đốt gập 45^0 , khớp liên đốt gập 30^0 , khớp liên đốt xa gập 20^0 , ngón cái duỗi và dạng.

b) Giai đoạn viêm bán cấp

Khớp cổ, bàn, ngón tay: Giảm đau bằng ngâm paraffin hay bồn nước xoáy, vận động chủ động có trợ giúp để duy trì và tăng tầm vận động của bàn tay và các ngón tay, vận động có đề kháng bằng tay hay dụng cụ để tăng lực cơ. Tập luyện chức năng bàn tay nhất là chức năng cầm nắm. Kéo giãn nhẹ các gân cơ co cứng nhưng không làm quá mức.

Khớp vai: Dùng nhiệt sâu để giảm đau, thư giãn bao khớp. Vận động có trợ giúp để tăng tầm vận động khớp nhất là dạng và xoay. Vận động chủ động tự do duy trì lực cơ vùng vai, tay.

Khớp háng và gối: Giảm đau bằng nhiệt sâu, vận động chủ động có trợ giúp để duy trì tầm vận động, tập mạnh cơ tứ đầu đùi, cơ duỗi hông. Tập di chuyển với nạng gậy trợ giúp, đặt máng bột sau gối mỗi đêm.

Khớp cổ, bàn chân: Giảm đau bằng nhiệt, vận động chủ động có trợ giúp khớp cổ chân nhất là gân gót. Kéo giãn gân cơ nếu co rút. Tập di chuyển với nạng.

c) Giai đoạn mạn tính

Thực hiện các bài tập kéo giãn ngửa co rút biến dạng khớp, các bài tập chủ

động có đề kháng tăng thể tích cơ và lực cơ. Tăng cường thể lực bằng các bài tập vận động tự do có đề kháng

Thực hiện các bài tập Hoạt động trị liệu tăng cường khả năng và các cử động khéo léo của hai bàn tay.

Đi bộ nhẹ nhàng, bơi lội, đạp xe đạp, thể dục nhịp điệu để tăng cường sức bền của cơ thể.

Chương trình tập cần tăng tiến từ từ, không làm sưng đau hay khởi phát tiến trình viêm khớp.

4. Điều trị thuốc

Các thuốc kháng viêm không steroid: lưu ý khi dùng dài ngày hay bệnh nhân già yếu, có tiền sử tim mạch, dạ dày, cần theo dõi chức năng gan, thận.

Corticoid: sử dụng ngắn hạn trong lúc chờ đợi thuốc điều trị căn bản có hiệu lực

Thuốc điều trị căn bản: Methotrexat, Sulfasalazin, Hydrocloroquin.

Các thuốc kháng thấp sinh học: Ức chế TNF α , kháng Interleukin 6, kháng

Lympho B...

5. Điều trị khác

Điều trị ngoại khoa: Chỉnh hình khớp, thay khớp nhân tạo

Điện châm, thủy châm, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, thuốc nam: Trong giai đoạn bệnh ổn định hỗ trợ làm thuyên giảm triệu chứng viêm, giảm liều các thuốc chống viêm

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Đau nhức dữ dội hạn chế khả năng vận động, nguy cơ mắc bệnh tim mạch, teo cơ hoặc thậm chí tàn phế vĩnh viễn

Gây biến dạng khớp, giảm khả năng vận động: Sụn khớp sẽ bị bào mòn, làm hẹp dần các khe khớp và gây dính khớp biến dạng khớp.

Tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch bởi tiểu cầu gia tăng gây phản ứng đông máu và dẫn tới đột quỵ, đau tim hoặc tắc nghẽn mạch máu.

+ Xuất hiện các đốm nâu, hồng ban, lở loét, phỏng rộp, hoặc xuất hiện các khối cứng trên da,... thường gặp nhất là các vị trí khuỷu tay, ngón tay và vùng dưới móng.

+ Nếu viêm khớp dạng thấp không sử dụng đúng liều lượng theo chỉ định của bác sĩ thì có thể sẽ gây tác động lên thận, làm giảm chức năng của thận.

Tăng nguy cơ nhiễm trùng do sức đề kháng của cơ thể bị suy giảm.

VI. PHÒNG BỆNH, THEO DÕI VÀ TÁI

KHÁM 1. Phòng bệnh

- Đảm bảo môi trường sống khô thoáng, sạch sẽ.

Hạn chế đứng, ngồi quá lâu, chú ý giữ cơ thể cân đối, hoạt động thường xuyên để cơ thể linh hoạt.

Chế độ dinh dưỡng hợp lý: không ăn thực phẩm giàu protein, photo, gluten,

đồ ăn chiên dầu, chất béo, hạn chế đường, muối và các chất kích thích như: rượu, bia, cà phê, thuốc lá,... Nên bổ sung thực phẩm giàu canxi và vitamin D cho xương chắc khỏe.

Chăm sóc sức khỏe tốt sau phẫu thuật: thực hiện các bài tập nhẹ nhàng để bệnh nhanh chóng hồi phục, vệ sinh đúng cách để tránh viêm nhiễm phát sinh.

Khám sức khỏe định kỳ: viêm khớp dạng thấp là bệnh tự miễn do cơ thể tự sản sinh nên đôi khi con người đã chủ động phòng tránh thì vẫn không tránh khỏi

2. Theo dõi và tái khám

Bệnh nhân phải được theo dõi trong suốt quá trình điều trị, xét nghiệm định kỳ bilan viêm, chức năng gan thận, XQ phổi và đánh giá tiến triển bệnh theo DAS 28, đánh giá chức năng theo thang điểm Quality of life (QOL) hoặc Health Assessment

Questionnaire (HAQ).

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Tổn thương tại khớp: Các khớp ngoại biên, tiến triển từng đợt,

Tổn thương ngoài khớp: Viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim, rối loạn nhịp tim, tràn dịch màng phổi, xơ phổi, khô kết mạc mắt...

Tổn thương toàn thân: mệt mỏi, sụt cân, thiếu máu, suy nhược, phù...

VIII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN VIÊM KHỚP THIẾU NIÊN (M08 – M09.8)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm khớp thiếu niên là bệnh khớp mạn tính thường gặp nhất ở trẻ em với đặc điểm là khởi phát bệnh dưới 16 tuổi với các triệu chứng viêm khớp tồn tại ít nhất 6 tuần.

Đây là một nhóm bệnh bao gồm sáu thể bệnh:

Thể hệ thống (còn gọi là bệnh still),

Thể viêm vài khớp,

Thể viêm nhiều khớp (có yếu tố dạng thấp RF dương tính hoặc RF âm tính)

Thể viêm khớp vảy nến và thể viêm khớp kèm viêm các điểm bám tận.
Hiện nay, phục hồi chức năng, công tác hướng nghiệp đóng một vai trò quan

trọng trong điều trị.

Viêm khớp thiếu niên thể hệ thống có biểu hiện giống bệnh cảnh nhiễm trùng, nhưng không tìm thấy mối liên quan với các yếu tố vi khuẩn học

Thể hệ thống có liên quan mật thiết với sự hoạt hoá của bạch cầu đa nhân trung tính và đơn nhân hơn các thể lâm sàng khác và ít có liên quan với sự hoạt hoá của tế bào T. Viêm khớp thiếu niên thể hệ thống có thể được coi như bệnh lý tự viêm hơn là tự miễn.

Bất thường của các tế bào giết tự nhiên (NK) được tìm thấy ở thể hệ thống dẫn đến hội chứng hoạt hóa đại thực bào (MAS). IL 6 polymorphism thường phối hợp với thể hệ thống, nên thể lâm sàng này được coi như nhóm bệnh phụ thuộc IL6.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc

chẩn đoán a) Hỏi bệnh

Thời gian và hoàn cảnh bị bệnh?

Các triệu chứng và diễn biến từ khi bị bệnh đến thời điểm hiện tại?

Hỏi bệnh nhân có đau các khớp và cột sống?

Các phương pháp đã điều trị?

Các triệu chứng hiện tại?

b) Khám và lượng giá chức năng

Cơ năng: Các khớp có thể có sưng, nóng, đỏ, đau.

Thực thể: Có thể hạn chế tầm vận động khớp, cột sống.

Toàn thân: Có thể có sốt, gầy sút và các biểu hiện ở các cơ quan khác: loãng

xương, gan lách to, ban đỏ trên da, tràn dịch màng tim, màng phổi, tổn thương ở mắt...

Khám và đánh giá chức năng các khớp và cột sống; cơ lực các cơ gấp, duỗi các chi; tầm vận động các khớp và cột sống.

c) Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

Chụp X-quang tim phổi, cột sống và các khớp bị tổn thương.

Công thức máu, sinh hóa máu, sắt, kẽm, ferritin, FT3, FT4, TSH, máu lắng, HLA-B27, xét nghiệm tìm yếu tố dạng thấp RF(IgM)...

Siêu âm ổ bụng.

Đo độ loãng xương (BMD).

Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán phân biệt

Với thể đa khớp cần phân biệt với: bệnh nhiễm trùng nặng, Lupus ban đỏ hệ thống, bệnh vẩy nến, viêm da cơ, các bệnh lý ác tính, loạn sản xương, viêm cột sống dính khớp...

IV. ĐIỀU TRỊ

Cần chẩn đoán và điều trị sớm để phòng tránh các biến chứng cơ và khớp và các biến chứng toàn thân khác.

2. Các phương pháp.

Mục đích: Gia tăng tuần hoàn, giảm đau. Gia tăng tầm vận động các khớp và sức mạnh các cơ.

Phương pháp

Vật lý trị liệu: Thường được áp dụng trong các giai đoạn bệnh tiến triển cấp tính, đau nhiều, hạn chế vận động các khớp, cột sống.

+ Nhiệt trị liệu: Hồng ngoại, chườm lạnh.

+ Điện trị liệu: Sóng ngắn, siêu âm, điện phân, giao thoa.

+ Thủy trị liệu: Bồn xoáy, bể sục...

Vận động trị liệu:

Giai đoạn cấp tập thụ động nhẹ nhàng theo tầm vận động khớp

Giai đoạn bán cấp tập vận động chủ động có trợ giúp và chủ động kết hợp kéo dẫn và các phương pháp vật lý trị liệu.

Giai đoạn mãn tính: Tập chủ động có trợ giúp cùng các bài tập tăng cường và duy trì sức mạnh cơ, cải thiện tầm vận động.

- Hoạt động trị liệu: Xoa bóp phục hồi các kỹ năng sinh hoạt hàng ngày.

- Dụng cụ trợ giúp: Các loại nẹp, nạng hỗ trợ di chuyển.

3. Thuốc

Các thuốc kháng viêm không steroid: Aspirine, Ibuprofen, Naproxen...

Các thuốc điều trị cơ bản: Methotrexate, Sulfasalazine (Salazopirine).

Các corticosteroid: Solu-Medron, Prednisolone... Tiêm tại chỗ Depo-Medrol, Dispropan trong viêm khớp thiếu niên tự phát thể viêm điểm bám gân.

Các thuốc điều trị sinh học: Entanercept (Enbrel), Infliximab (Remicade), Tocilizumab (Actemra)...

4. Các điều trị khác: Phẫu thuật chỉnh hình hoặc thay khớp nhân tạo được chỉ định khi khớp bị phá hủy nặng.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Diễn tiến: Bệnh thường biểu hiện bằng sốt cơn, phát ban kèm với đau khớp và viêm khớp trong thời gian 4-6 tháng. Sau đó là thời gian tương đối yên lặng. Khoảng 40-50% trường hợp lui bệnh hoàn toàn. 50% diễn tiến đến viêm đa khớp mạn tính và 25% có phá hủy khớp, đặc biệt là khớp háng. Hầu hết thể hệ thống thường diễn tiến theo 3 nhóm chính như sau:

Có một đợt viêm duy nhất rồi tự lui bệnh hoàn toàn trong khoảng thời gian 1

năm

Có nhiều đợt tiến triển, đợt lui bệnh, có thể tự nhiên hoặc do điều trị và có xu hướng nặng dần lên

Bệnh diễn tiến mạn không có đợt tạm lui bệnh, phá hủy khớp nhanh, tiến triển đến tàn phế có kèm những đợt biểu hiện toàn thân hoặc không

2. Tiên lượng:

Có 1/3 bệnh nhân tàn phế không hồi phục, đặc biệt là thể hệ thống có tiến triển phức tạp.

Các yếu tố tiên lượng xấu: tuổi chẩn đoán bệnh dưới 6 tuổi và viêm đa khớp trong 6 tháng đầu của bệnh; bệnh kéo dài trên 5 năm; tăng IgA; triệu chứng toàn thân kéo dài (sốt kéo dài, hoặc phải duy trì điều trị corticoid để kiểm soát các triệu chứng toàn thân); tăng tiểu cầu $\geq 600.000/\text{mm}^3$.

3. Biến chứng

Hội chứng hoạt hóa đại thực bào (MAS)

Thiếu máu

Chậm phát triển thể chất

Loãng xương

Thoái hóa tinh bột thứ phát (amyloidosis)

VI. PHÒNG BỆNH, THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM 1. Phòng bệnh

Khám mắt: Trẻ viêm khớp, có thể có kháng thể kháng nhân dương tính cần khám và soi đáy mắt mỗi 4 tháng; trẻ có kháng thể kháng nhân âm tính cần khám mắt 6 tháng một lần.

Giáo dục nghề nghiệp và hướng nghiệp cho trẻ phù hợp với điều kiện sức khoẻ giúp trẻ tái hòa nhập với cộng đồng, phòng tránh tàn phế.

2. Theo dõi và tái khám

Theo dõi và tái khám mỗi tháng một lần tại khoa khớp và khoa phục hồi chức năng trong nhiều năm.

Đánh giá sự cải thiện chức năng vận động khớp và tiến triển bệnh.

Theo dõi tác dụng phụ của thuốc nếu có.

Làm xét nghiệm định kỳ: huyết học, sinh hóa máu, máu lắng, nước tiểu, tủy đồ, siêu âm tim, X quang tim phổi, xương khớp... để có các xử trí kịp thời.

VIII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Các khớp có thể có sưng, nóng, đỏ, đau.

Có thể hạn chế tầm vận động khớp, cột sống.

IX. TÀI LIỆU THAM LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

26. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN XƠ HOÁ CƠ DELTA, CƠ CÁNH TAY

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Xơ hoá cơ Delta là tình trạng bệnh lý khi một phần hoặc toàn bộ cơ Delta bị biến đổi thành các dải xơ, làm co rút cơ Delta và gây ảnh hưởng đến chức năng vận động và thẩm mỹ khớp vai

Xơ hoá cơ là một quá trình diễn biến từ từ, mà trong đó quá trình xơ hoá làm cho các tế bào cơ chuyển biến thành tế bào xơ do các tác nhân lý hoá như chấn thương gây đứt gãy cơ, gây chảy máu tại chỗ, gây phù nề dẫn đến thiếu nuôi dưỡng tổ chức cơ, hoặc do các tác nhân hoá học làm thay đổi dinh dưỡng và chuyển hoá của tế bào cơ. Xơ hoá cơ thường kéo dài nhiều năm tháng, mang tính chất lan toả và hậu quả là các tế bào xơ thay thế tế bào cơ làm mất đi khả năng đàn hồi, gây co kéo và mất đi chức năng vận động của cơ

II. NGUYÊN NHÂN

Tiêm thuốc nhiều lần gây cơ bị xơ hóa. Nhưng có nhiều trẻ em không bị xơ hóa cơ delta dù trẻ cũng được tiêm nhiều lần.

Chấn thương hoặc viêm nhiễm vùng khớp vai, tổn thương thần kinh mũ

Sử dụng thuốc:

Chế độ dinh dưỡng nghèo thiếu protein và năng lượng

Hội chứng suy mòn: chủ yếu teo cơ cục bộ cơ delta

Lão hóa sớm

Loạn dưỡng cơ

Một số nguyên nhân khác: Bỏng, cố định xương do gãy, Bệnh ung thư, Hội chứng Guillain-Barre, Viêm xương khớp vai,

Cấu tạo cơ delta có 3 vùng chính: Vùng xương đòn (clavicle), vùng xương mỏm cùng vai (acromion, tức là chỗ nhô hình thuôn ở chóp của gai xương bả vai), vùng xương bả vai. Có một đầu bám trong vùng này, đó là lồi củ delta (deltoid tubercle) nằm phía trên xương cánh tay. Phần phía trước và phía sau hội tụ với nhau làm thành vùng đầu bám, còn phần chính giữa là đa pha (multipennate). Phần chính giữa có 4 vách kéo dài từ phần bên cạnh của xương

mỏm cùng vai. Chúng đan xen nhau bằng 3 vách từ lõi củ delta. Chức năng chính của cơ delta là làm cho cánh tay vận động lên xuống, xoay quanh.

Xơ hóa cơ delta thường được phát hiện trong cả 3 phần, nhưng phần giữa là phổ biến nhất. Vùng phổ biến thứ hai là phần bên của cơ delta. Đây cũng chính là những chỗ thường được chọn làm nơi để tiêm thuốc.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

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

a) Quan sát khớp vai:

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

Quan sát từ phía bên: móm cùng - vai hạ thấp, đầu trên xương cánh tay nhô ra trước rõ. Cánh tay và khuỷu đưa ra sau so với trục đứng dọc của cơ thể. Có các vết lõm hoặc teo đét trên bề mặt da. Rãnh lõm dọc theo thân cơ thường là bó giữa của cơ delta, điển hình có thể thấy lồi củ lớn và lồi củ bé lộ rõ.

Quan sát từ phía sau: xương bả vai bên bị xơ hoá kéo xuống thấp, bờ trong xương bả vai như bị bong ra khỏi thành sau ngực, cực dưới xương bả vai có xu thế bị xoay ra ngoài. Gai sau xương bả vai nhô cao. Khuỷu tay dạng xa thân

b) Khám đánh giá tầm vận động:

Hạn chế tầm vận động khớp vai thường gặp có các vận động sau:

Vận động khép khớp vai: bệnh nhân luôn bị dạng khớp vai tạo nên một góc giữa cánh tay và thân gọi là góc cánh tay- thân.

Vận động khép ngang vai: thường dễ phát hiện và đánh giá nhất. Tùy mức độ xơ hoá cơ delta mà có thể hạn chế vận động khép khớp trên mặt phẳng ngang vai dưới 90° thậm chí dưới 45° .

Vận động dạng khớp vai: có thể có hạn chế dạng tại khớp vai dưới 90° , nhưng trong nhiều trường hợp có vận động bù trừ của các khớp vùng vai, thậm chí cột sống nghiêng sang cùng bên.

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

c) Sờ nắn vùng khớp vai:

Sờ nắn vùng khớp vai cũng giúp cho việc phát hiện và đánh giá mức độ xơ hoá cơ delta. Có thể sờ thấy một hoặc vài dải xơ, mật độ chắc lặn ở dưới tay, thường gặp nhất là bó giữa cơ delta mà vị trí là ở giữa mặt ngoài của xương cánh

tay. Đôi khi còn gặp cả xơ hoá bó trước, bó sau cơ delta, cơ ba đầu cánh tay và cơ trên gai...

Cận lâm sàng : Có nhiều các dấu hiệu cận lâm sàng được đề cập đến trong xơ hoá cơ delta

- Công thức máu, sinh hóa máu, chức năng gan thận, chức năng tuyến giáp, sắt, kẽm ferritin, xét nghiệm định lượng CK, LDH

Siêu âm: Có thể thấy số lượng, vị trí, kích thước của tổ chức xơ vùng cơ delta, tính đồng nhất hoặc không đồng nhất (xơ rải rác), kích thước thường có đường kính dưới 1 cm dài khoảng 6 – 8cm.

Chụp X quang: Hình ảnh trật khớp vai hoặc trật khớp vai không hoàn toàn, khe khớp giữa chỏm xương cánh tay và ổ chảo khớp vai hẹp. Chỏm xương cánh tay biến dạng đầu trên dẹt, phẳng

Điện cơ đồ: Xác định xem có tổn thương thần kinh ngoại vi chi phối vận động cơ.

Men cơ: Định lượng men cơ CK (Creatinin Phosphokinase) để xác định có hay không tình trạng tiêu huỷ tế bào cơ.

Giải phẫu bệnh: Tình trạng thoái hoá tế bào cơ và tình trạng xâm lấn của các tế bào xơ thay thế các tế bào cơ tại tổ chức.

2. Chẩn đoán phân biệt

Xương bả vai cao bẩm sinh

Loạn dưỡng cơ Duchenne

Loạn dưỡng cơ tủy

Liệt đám rối cánh tay

Chẩn đoán xác định

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

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

Chẩn đoán phân biệt

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

Bệnh loạn dưỡng cơ Duchenne.

Bệnh loạn dưỡng cơ tủy.

Bệnh cứng đa khớp bẩm sinh.

Xương bả vai cao bẩm sinh.

Liệt đám rối thần kinh cánh tay.

IV. ĐIỀU TRỊ

Phục hồi và tăng cường tầm vận động khớp vai, khuỷu tay.

Chống xơ hóa và teo cơ vùng khớp vai.

**Các phương
pháp a) Vật lý trị
liệu**

- Hồng ngoại

Áp dụng: sau mổ cơ Delta 72 giờ và chuẩn bị trước luyện tập.

Mỗi lần chiếu từ 8 - 10 phút, có thể chiếu từ 01 -> 02 lần mỗi ngày.

Điện trị liệu: Điện phân dẫn thuốc, điện xung tăng cường hoạt động của cơ bị xơ hóa

Điện cao tần (sóng ngắn, vi sóng)

Làm ấm tổ chức sâu tới 5cm.

Chống chỉ định: Di vật kim loại vùng chi

- Siêu âm

Áp dụng khi vết mổ đã liền da

Chống chỉ định: Di vật kim loại vùng tiếp nhận

Các bài tập vận động

Xoa bóp, tập luyện phục hồi chức năng được chỉ định bởi các bác sỹ và tiến hành bởi các kỹ thuật viên.

Tập khớp vai - tay

Xoay đầu xương cánh tay

Tập xoay ngoài cánh tay

Tập vận động kết hợp gấp - khép và xoay ngoài

Tập khép ngang vai

Tập xoay ngoài cánh tay

Tập vận động kết hợp gấp khép và xoay ngoài

Tập vận động thụ động khép ngang cánh tay trong tư thế ngồi

c) Các điều trị khác

Trong nhiều trường hợp điều trị bảo tồn không hiệu quả cần can thiệp phẫu thuật kéo dài đoạn cơ xơ hóa hoặc chuyển gân

Điện châm, châm cứu, thủy châm vùng huyết: Các huyết vùng vai cánh tay

V. PHÒNG BỆNH, THEO DÕI VÀ TÁI

KHÁM 1. Phòng bệnh

Tiêm tránh tiêm vào vùng cơ Delta. Với các trường hợp cần thiết phải chỉ định tiêm, nên thay đổi vị trí tiêm, tiêm tĩnh mạch thay vì tiêm bắp. Và ở bất kỳ vị trí nào cũng cần phải đảm bảo kỹ thuật tiêm, tránh tai biến hoặc hậu quả không mong muốn.

Tập thể dục và vận động 30-60 phút mỗi ngày

Hạn chế sử dụng những loại thuốc làm tăng nguy cơ teo cơ: Thuốc tiêm sốt rét, Penicillin, Steptomycin,

Tạo môi trường sống lành mạnh, không sử dụng các chất rượu, bia, chất kích thích...

Thực hiện chế độ dinh dưỡng hợp lý, bổ sung các loại rau, củ, quả chứa nhiều vitamin C, vitamin A, vitamin B...

Cần phát hiện và điều trị sớm

2. Theo dõi và tái khám

Sau can thiệp cần được theo dõi và tái khám sau 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng cho đến 36 tháng để đảm bảo tình trạng xơ hóa cơ, hạn chế tầm vận động và biến dạng khớp không bị tái phát.

VI. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Mỏm cùng - vai hạ thấp (vai xệ), đầu trên xương cánh tay nhô cao ra phía trước lên trên và vào trong (bán trật khớp vai).

Rãnh delta - ngực bị xoá mờ, lồng ngực lép các xương sườn xuôi. Khủy tay dạng xa thân.

Có các vết lõm hoặc teo đét trên bề mặt da. Rãnh lõm dọc theo thân cơ thường là bó giữa của cơ delta

Xương bả vai bên bị xơ hoá kéo xuống thấp, bờ trong xương bả vai như bị bong ra khỏi thành sau ngực, cực dưới xương bả vai có xu thế bị xoay ra ngoài. Gai sau xương bả vai nhô cao. Khủy tay dạng xa thân

Hạn chế tầm vận động khớp vai thường gặp có các vận động sau: Vận động khép khớp vai; Vận động khép ngang vai; Vận động dạng khớp vai; Vận động xoay trong ở tư thế gấp, duỗi và khép bị hạn chế

VII. TÀI LIỆU THAM LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị xơ hóa cơ Delta ban hành kèm theo Quyết

định số 2626 /QĐ-BYT ngày 26/07/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

27. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN XƠ HÓA CƠ TỨ ĐẦU ĐÙI (S76.1)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng xơ hóa cơ tứ đầu đùi gây hạn chế tầm vận động khớp gối

II. NGUYÊN NHÂN

Trước sinh : xơ hóa cơ tứ đầu đùi bẩm sinh

Sau sinh : xơ hóa cơ tứ đầu đùi mắc phải do tiêm vào đùi ,chấn thương vùng đùi gây sẹo. Viêm cơ, xương phải can thiệp ngoại khoa

III. CHẨN

ĐOÁN a) Lâm sàng

Giai đoạn đầu :Hội chứng nhiễm trùng tại chỗ : sưng , nóng , đỏ , đau hạn chế gập gối nơi tiêm ,chấn thương , viêm vùng cơ tứ đầu đùi

Giai đoạn sau : Hạn chế vận động tại khớp gối :đặc biệt hạn chế phần hoặc hoàn toàn chức năng gập gối

+ Hạn chế gập gối ở tư thế ngồi do xơ hóa toàn bộ cơ tứ đầu đùi + Hạn chế gập gối ở tư thế nằm sấp do xơ hóa cơ thẳng đùi

* Sờ : mật độ chắc (cứng) tại cơ tứ đầu đùi bên xơ

* dáng đi : Nếu trẻ đã biết đi

+ xơ hóa toàn bộ cơ tứ đầu đùi: Trẻ duỗi gối khi đi gây lệch người sang bên đối diện

+ Xơ hóa cơ thẳng đùi :Xoay ngoài khớp háng bên bệnh (trông giống dáng đi vạt tép trong di chứng bại liệt)

b) Xét nghiệm:

X quang: chụp xương đùi và khớp gối không có tổn thương khớp

Tế bào học: có tế bào xơ

Xét nghiệm máu: Công thức máu, sinh hóa máu, chức năng gan thận, chức năng tuyến giáp (T3, T4, TSH), sắt, kẽm, ferritin ...

IV. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SỚM

1. Nguyên tắc:

Can thiệp sớm ngay khi phát hiện hạn chế vận động khớp gối

Điều trị tại khoa PHCN kết hợp chương trình tập luyện tại nhà

khám lại thường quy

2. Mục tiêu:

Làm mềm khối cơ, tăng độ dẫn dài của cơ

Tăng tầm vận động của khớp gối

3. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

3.1. Phục hồi chức năng

a) Nhiệt trị liệu:

Dùng hồng ngoại, chườm nóng

Tác dụng làm mềm khối u
xơ b) Điện trị liệu

Điện phân bằng calci hoặc iod

Điện xung tăng cường hoạt động của cơ tứ đầu
đùi c) Xoa bóp

Bài tập 1 : xoa bóp cơ tứ đầu đùi các động tác được thực hiện theo chiều từ khớp gối => đến khớp háng

Xoa vuốt cơ, bóp cơ, nhào cơ, day cơ, miết cơ, rung cơ tứ đầu đùi

CHÚ Ý: Đây là bài tập thư giãn cơ nên yêu cầu các động tác phải nhẹ nhàng êm dịu

Bài tập 2 : di động xương bánh chè :

Miết dây chằng ,phần mềm xương bánh chè

Dùng 2 ngón cái ở 1 bên và 2 ngón trỏ ở 1 bên cố định mặt trong và mặt ngoài xương bánh chè

Di động xương bánh chè lên xuống , sang 2 bên

-Bài tập 3 : kéo dẫn khớp gối thụ động tư thế nằm sấp..... -Bài tập 4 : làm khỏe cơ tam đầu đùi -Bài tập 5 :tập ngồi xổm (có trợ giúp) -Bài tập 6 :tập đạp xe 3 bánh

d) Thuốc:

Thuốc giảm đau (paracetamol 10mg/kg) hoặc bôi ngoài da trước khi tập 30

phút

3.2. Điều trị phẫu thuật và PHCN sau phẫu thuật (chỉ định khi gập gối 0- dưới 90 độ)

-Sau phẫu thuật: Vận động trị liệu các bài tập đã nêu ở trên từ bài 1 đến bài 6 giúp trẻ ngồi xồm được

3.3. Điện châm, châm cứu, thủy châm: Các huyết vùng mặt trước đùi V. BIẾN CHỨNG

Di chứng mà xơ cứng cơ tứ đầu đùi rất nghiêm trọng, vì ngoài những ảnh hưởng về thẩm mỹ, hội chứng này gây khó khăn nhiều cho việc đi lại, sinh hoạt bình thường của trẻ.

Hạn chế gấp khớp gối, nếu cố gấp thì sẽ bật xương bánh chè ra. Điều đặc biệt nguy hiểm là nếu không được can thiệp đúng cách thì sẽ ảnh hưởng đến sự phát triển của chân: có thể làm ngắn chân, hoặc nhỏ chân lại.

Chân cao chân thấp

VI. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Hạn chế vận động tại khớp gối

Hạn chế gập gối ở tư thế ngồi

Hạn chế gập gối ở tư thế nằm sấp

Sờ : mật độ chắc (cứng) tại cơ tứ đầu đùi bên xơ

Dáng đi : Nếu trẻ đã biết đi

xơ hóa toàn bộ cơ tứ đầu đùi: Trẻ duỗi gối khi đi gây lệch người sang bên đối diện

Xơ hóa cơ thẳng đùi : Xoay ngoài khớp háng bên bệnh (trông giống dáng đi vạt tép trong di chứng bại liệt)

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. Bệnh viện Nhi trung ương (2018), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ

em.

28. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN XƠ HÓA CƠ ỨC ĐÒN CHŨM (Q68.0)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

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

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân trước sinh: bao gồm các nguyên nhân làm cản trở quá trình xoay chuyển của thai nhi như: Ngôi thai ngược, dây rốn quấn cổ, thai phụ duy trì lâu trong một tư thế, cơ bụng thai phụ cứng chắc..., cạn nước ối hay thiếu nước ối

những tháng cuối thai kỳ.

Nguyên nhân trong sinh: Các tác nhân cơ học gây tai biến chấn thương cơ hoặc điểm bám cơ ức đòn chũm trong quá trình chào đời của trẻ.

- Do tính chất nghề nghiệp, công việc khiến người mẹ ít di chuyển, vận động như: Nhân viên, văn phòng, kế toán, may mặc...

- Do tuổi tác người mẹ cao.

- Các yếu tố nguy cơ trên có đặc điểm chung là gây cản trở, khó khăn cho quá trình vận động vùng đầu cổ của thai nhi trong tử cung.

- Cơ ức đòn chũm là một trong những cơ chính tạo nên cử động nghiêng, xoay đổi cấu trúc cơ ức đòn chũm, cụ thể làm xơ hóa cơ, phì đại cơ ức đòn chũm hoặc dị dạng cơ ức đòn chũm.

III. CHẨN ĐOÁN

Các công việc của chẩn

đoán a) Hỏi bệnh:

+ Ngôi thai khi sinh: hay gặp ở trẻ sinh ngôi mông

+ Thời điểm phát hiện: 0 - 3 tháng tuổi

+ Khối u có to lên không: cảm giác to nhanh trong những tháng đầu. **b) Khám lâm sàng:**

- Dấu hiệu sớm (Ngay sau sinh - 3 tháng tuổi):

+ Khối u ở cơ ức đòn chũm với các tính chất: phát hiện ngay sau sinh, cảm giác to nhanh trong tháng đầu, mật độ từ hơi chắc đến rất chắc; di động nhẹ theo cơ ức đòn chũm; không nóng, đỏ, đau.

Hạn chế tầm vận động cổ: thường phát hiện muộn hơn, sau khi trẻ xuất hiện khối u này khoảng 2-3 tháng, đầu trẻ nghiêng sang bên có khối u, hạn chế nghiêng sang bên lành và xoay hai bên

- Dấu hiệu muộn: Sau 3 tháng tuổi, nếu không được điều trị hoặc điều trị không đúng kỹ thuật:

Có khối u như trên nhưng mật độ chắc hơn nhiều.

Vẹo cổ, đầu trẻ nghiêng sang bên có khối u, hạn chế vận động cột sống cổ (hạn chế nghiêng đầu sang bên lành và quay đầu sang hai bên).

Vẹo cột sống cổ, các đốt sống cổ bị biến dạng.

Lác mắt

Teo nửa mặt bên có khối xơ

Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng - Chọc dò khối u:

+ Giai đoạn đầu: có hồng cầu (ít gặp)

+ Giai đoạn sau: Tế bào xơ, không có bạch cầu đa nhân hoặc tế bào ác tính.

- **Công thức máu**, sinh hóa máu, chức năng gan thận, sắt, kẽm, ferritin, chức năng tuyến giáp (T3, T4, TSH)

Siêu âm: Giai đoạn đầu: là dịch (xuất huyết), ít gặp. Giai đoạn sau: **Xác định vị trí, kích thước khối u xơ**

Chụp Xquang cột sống cổ ngực: Có thể có hình ảnh vẹo cột sống ở trẻ được phát hiện muộn, bị co rút cơ ức đòn chũm có chỉ định phẫu thuật.

2. Chẩn đoán xác định

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

3. Chẩn đoán phân biệt

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

Khối u: Sinh thiết thấy trên tiêu bản có tế bào lành hoặc ác tính.

Viêm cơ ức đòn chũm: Trẻ có sốt; khối viêm có xung, nóng, đỏ, đau; chọc dò có tế bào bạch cầu hoặc mủ.

U máu: Chọc dò có hồng cầu

Vẹo cổ do còi xương: Không có khối u trên cơ ức đòn chũm. Có các dấu hiệu còi xương rõ

IV. ĐIỀU

TRỊ 1.

Nguyên tắc

Can thiệp sớm ngay sau sinh hoặc ngay sau khi phát hiện thấy khối xơ.

2. Các phương

pháp a) Mục

tiêu:

Làm mềm khối xơ

Duy trì tâm vận động của cột sống cổ

Ngăn ngừa biến dạng thứ phát xảy ra ở sọ mặt và cột sống cổ

Vận động trị liệu

- Tư thế bệnh

nhân:

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

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

Xoa bóp, day cơ ức đòn chũm.

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

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

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

Kéo giãn cơ ức đòn chũm

Một tay KTV cố định khớp vai, hông (từ phía sau), kéo nhẹ khớp vai về phía hông.

Tay kia (phía trước mặt) ngón cái tỳ vào góc hàm, các ngón khác đặt vào phần xương chũm, phần dưới bàn tay tỳ nhẹ vào đầu trẻ và kéo xuống từ từ, nhẹ nhàng.

Giữ khoảng 30 giây sau đó thả lỏng ra và làm lại như trên.

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

Chú ý: Có thể xen kẽ bài tập 1 và 2.

- Đặt trẻ nằm nghiêng hai bên

+ Đặt nằm nghiêng hai bên bằng cách dùng gối dài kê ở phía sau lưng để đảm

bảo trẻ nằm nghiêng hoàn toàn (tránh nằm ngửa, nghiêng đầu).

Khi nằm nghiêng sang bên không có khối xơ thì không kê gối dưới đầu.

Khi nằm nghiêng sang bên có khối xơ thì kê gối tam giác dưới đầu.

Thay đổi tư thế nằm nghiêng sang từng bên.

Nhiệt trị liệu: Hồng ngoại, chườm nóng

Điện trị liệu Dùng dòng điện thấp tần một chiều không đổi (dòng Galvanic có tần số 100-1000Hz). Cường độ: 0,1-0,5 mA/cm² điện cực

- Chỉ định: Trẻ >3 tháng,

- Thời gian: Ngày một lần, mỗi lần 15 phút. - Kỹ thuật đặt điện cực:

Galvanic dẫn KI vào khối xơ: Cực tác dụng (cực -) KI đặt ở khối xơ. Cực đệm (cực +) đặt giữa C4 đến C7

Galvanic dẫn CaCl₂ cổ (nếu có triệu chứng còi xương kèm theo) Cực tác dụng: (cực +) CaCl₂ đặt giữa C4 đến C7. Cực đệm (cực -) đặt tại L4 - L5. Thời gian: 15phút/lần

Dụng cụ chỉnh hình

Mục đích: Giữ cho đầu ở vị trí trung gian.

Chỉ định: Sau khi phẫu thuật kết hợp với vận động trị liệu.

Loại dụng cụ: Đai cổ mềm.

g) Thuốc

Thuốc giảm đau: cho trước khi tập 30 phút nếu trẻ bị đau do tập:

Paracetamol 10mg/1kg cân nặng, uống trước tập 30 phút.

h) Phẫu thuật

Trẻ trên 2 tuổi, vẹo cổ nặng đã điều trị các phương pháp khác không có kết quả, cơ ức đòn chũm bị co ngắn và chắc, không quay được cổ sang bên có khối cơ xơ.

TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Bệnh xơ hóa cơ ức đòn chũm không gây nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân, có ảnh hưởng đến sức khỏe và thẩm mỹ bệnh nhân sau này nếu không được điều khỏi, các biến chứng :

Biến dạng sọ mặt và các phần giải phẫu vùng mặt do có kéo mất cân bằng như lệch má, mũi, lác mắt, bệnh lý về răng hàm (nhai 1 bên)

Biến dạng các đốt sống cổ hình nêm gây cong vẹo cột sống cổ, kèm theo các bệnh lý về thần kinh, cột sống vùng cổ

Ảnh hưởng đến thăng bằng trong dáng đi, lao động, sinh hoạt do trọng tâm đầu không cân bằng hai bên

VI. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Khám định kì 1 tháng/ lần cho đến khi khối u biến mất hoàn toàn.

Trẻ điều trị tại nhà không tiến bộ cần điều trị tại Bệnh viện.

Sau 12 tháng điều trị không kết quả gửi khám chuyên khoa chỉnh hình.

Những điểm cần lưu ý khi thực hiện các kỹ thuật kể trên - Chỉ thực hiện khi khối u không có nóng, đỏ, đau.

- Kéo dẫn nhẹ nhàng, từ từ, không kéo dẫn tối đa đột ngột, ngay tức khắc.

Theo dõi nếu thấy trẻ có dấu hiệu khó thở, tím tái thì ngừng tập ngay.

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Hạn chế tầm vận động đầu cổ: Đầu trẻ nghiêng sang bên có khối xơ, hạn chế vận động cột sống cổ (hạn chế nghiêng đầu sang bên lành và quay đầu sang hai bên).

Khối u ở cơ ức đòn chũm với các tính chất: Mật độ từ hơi chắc đến rất chắc; di động nhẹ theo cơ ức đòn chũm; không nóng, đỏ, đau.

VIII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN CHẬM PHÁT TRIỂN VẬN ĐỘNG (F82)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐẠI CƯƠNG

Chậm phát triển vận động (CPTVĐ) là một nhóm các rối loạn về sự phát triển hai kỹ năng vận động đó là vận động thô như bò, ngồi, đứng, đi, chạy, nhảy và vận động tinh như: sử dụng thành thạo bút chì, kéo hoặc cầm thìa để tự xúc ăn, khả năng cầm nắm.

NGUYÊN NHÂN

1. Trước khi sinh:

- Mẹ bị nhiễm virus(rubeon, cúm, cytomegalo virus, toxoplama, herpes..), dùng một số thuốc (hóa chất, nội tiết tố...), nhiễm độc (chì, thủy ngân, thạch tín...)

Đột biến nhiễm sắc thể ở bào thai do nhiều nguyên nhân khác nhau.

Bất đồng nhóm máu (Rh)

Mẹ bị bệnh đái tháo đường, nhiễm độc thai nghén...

Di truyền.

Trong khi

sinh - Trẻ đẻ non.

- Trẻ bị ngạt.

- Đẻ khó, can thiệp sản khoa. - Sang chấn sản khoa.

Sau khi sinh

Trẻ bị sốt cao co giật, động kinh.

Trẻ bị suy giáp, thiếu năng tuyến giáp.

Trẻ bị nhiễm trùng: viêm não, viêm màng não...

Trẻ bị chấn thương đầu, não.

Thiếu oxy não: do đuối nước, ngộ độc hơi..

Trẻ bị 1 số bệnh mạn tính: tim bẩm sinh, tan máu, suy dinh dưỡng, còi xương...

4. Không rõ nguyên nhân

III. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc chẩn đoán

Hỏi bệnh: Hỏi tiền sử mang thai của mẹ, quá trình sinh trẻ, tiền sử bệnh tật của trẻ sau sinh, quá trình phát triển của trẻ.

Khám lâm sàng

Khám toàn thân và hệ thần kinh

Chậm phát triển vận động, chậm phát triển theo các mốc tuổi

Cơ toàn thân nhẽo, yếu

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

Thử cơ toàn thân bằng tay.

Đo tầm vận động các khớp.

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

Nhiễm sắc thể

Công thức máu, sinh hóa máu, sắt, kẽm, ferritin, FT3, FT4, TSH, Calci toàn phần và ion, T3, T4, TSH.

- Trắc nghiệm tâm lý: Vandebilt, Denver, Test DBC-P, ASQ ...

- Thang điểm di chuyển Chức năng (FMS) (Graham, Harvey, Rodda, Natras

Piripis, 2004)

Thang điểm phân loại Khả năng sử dụng Tay (MACS & Mini-MACS) (Eliasson, Krumlinde Sundholm, Rösblad, Beckung, Arner, Öhrvall & Rosenbaum, 2005)

Thang điểm phân loại Chức năng Giao tiếp (CFCS) (Hidecker, Paneth, Rosenbaum, Kent, Lillie, Eulenberg, Chester, Johnson, Michalsen, Evatt & Taylor, 2011)

Thang điểm phân loại Khả năng Ăn Uống (EDACS) (Sellers, Mandy, Pennington, Hankins & Morris, 2014)

+ Đo thính lực

2. Chẩn đoán xác định

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

+ 2 tháng tuổi, trẻ không biết trao đổi ánh mắt với mẹ hoặc không biết cười.

+ 3 tháng tuổi, trẻ không biết phát ra tiếng, không thể ngẩng đầu 45 độ; cha mẹ thay quần áo cho trẻ rất khó khăn, cảm thấy chân tay của trẻ rất nặng, khó di chuyển được tay chân của trẻ.

+ 4 tháng tuổi, bàn tay của trẻ vẫn nắm chặt.

+ 5 tháng tuổi, trẻ không biết lật, không thể cầm đồ vật đưa vào miệng. + 8 tháng tuổi, trẻ không biết tự ngồi thẳng.

+ 9 tháng tuổi, trẻ không biết bò.

+ 15 tháng tuổi, trẻ chưa thể tự đi được

Khám thần kinh:

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

Tình trạng cơ: bình thường, không có liệt.

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

Babinski: âm tính

Các phản xạ nguyên thủy âm tính.

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

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

3. Chẩn đoán phân

biệt - Bại não

- Loạn dưỡng cơ

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

PHCN sớm, đều đặn, toàn diện, phối hợp với chương trình PHCN tại nhà và

2. Các phương pháp

Điện trị liệu: điện thấp tần, ánh sáng

Vận động :

Xoa bóp toàn thân

Các kỹ thuật tạo thuận lầy, ngồi, bò, đứng
đi - Hoạt động trị liệu

Huấn luyện kỹ năng vận động tinh bàn tay

Huấn luyện kỹ năng sinh hoạt hàng ngày

Dụng cụ trợ giúp: Nẹp chỉnh hình

3. Các điều trị khác

Thuốc chống động kinh, Hormon giáp trạng, cerebrolysin, điều trị còi xương

Điện châm, châm cứu, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt (xem bài bại não)

Đối với liệt chi trên : Châm huyệt kiên ngưng, khúc trì, thủ tam lý, hợp cốc, dương trì

Đối với liệt chi dưới: Châm hoàn khiêu, lăng quyền, thân mạch, tuyệt cốt, hạc đỉnh, âm lăng tuyền, thái xung, giải khô. Thời gian 15 phút/ngày.

Tư thế nằm ngửa: Kiên tỉnh, Kiên ngưng, Tý nhu, Thủ ngũ lý, Khúc trì, Thủ tam lý, Hợp cốt, Lao cung, Phục thổ, Bể quan, Dương lăng tuyền, Âm lăng tuyền, Xung dương, Giải khô, Ngoại quan, Chi câu, Túc tam lý, Thượng cự huyệt, Tam âm giao, Trung đô

Tư thế nằm sấp: Giáp tích C4-C7, C7-D10, L1-L5, Kiên trinh, Cự tuyền, Khúc trì, Khúc trạch, Ngoại quan, Nội quan, Bát tà, Trật biên, Hoàn khiêu, Ân môn, Thừa phù, Thừa sơn, Thừa cân, Ủy trung, Thận du, Huyệt hải, Âm liêm

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Nhiều trẻ có chậm phát triển vận động từ nhẹ đến trung bình có thể tự hỗ trợ bản thân, sống độc lập. Tuổi thọ có thể giảm tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh,

nhưng chăm sóc sức khỏe có thể kéo dài thời gian sống cho tất cả các dạng khuyết tật phát triển. Những người chậm phát triển vận động trầm trọng có thể phải cần hỗ trợ suốt đời.

VI. PHÒNG BỆNH

Phòng bệnh theo các nguyên nhân trước, trong và sau khi sinh.

Tư vấn di truyền có thể giúp các cặp vợ chồng hiểu được những rủi ro có thể xảy ra.

Sàng lọc trước sinh nên được thực hiện ở các cặp vợ chồng muốn có con. Xét nghiệm tiền sản cho phép các cặp vợ chồng cân nhắc việc chấm dứt thai sản và kế hoạch hóa gia đình sau đó.

Vaccin các bệnh sởi, phế cầu và H.influenzae gây viêm màng não.

Tiếp tục cải thiện và tăng cường công tác chăm sóc sản khoa và sơ sinh.

Xử lý môi trường trong sạch và lấy các chất kim loại nặng như chì, thủy ngân ra khỏi môi trường sống để giảm tổn thương của não trẻ.

VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

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

Chậm phát triển các mốc vận động theo lứa tuổi

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

Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng ban hành theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHCN BÀN CHÂN BỆT (Q66.5)

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Bàn chân bẹt là bàn chân giảm chiều cao vòm dọc của bàn chân khi đứng bằng chân dẫn đến bàn chân không có vòm hoặc vòm bàn chân rất thấp, sụp vòm, diện tiếp xúc bàn chân lớn kèm theo gót vẹo ngoài, rối loạn liên kết ở chân dẫn đến đau mắt cá chân, bàn chân và đầu gối.

Bàn chân trẻ thời gian đầu có hình dạng của bàn chân bẹt vì lớp mỡ dưới da trải dài theo gan chân làm cho bàn chân có diện tiếp xúc lớn, lớp mỡ này sẽ tự rút đi cho đến 2 tuổi, sau 2 tuổi nếu diện tiếp xúc chân lớn trẻ sẽ có nguy cơ bị bàn chân bẹt

II. NGUYÊN NHÂN

Do biến dạng bẩm sinh trật về phía mu của khớp sên - thuyền, xương thuyền có xu hướng cắm về phía gan chân kèm theo co rút gân gót.

Các yếu tố thuận lợi

Yếu tố di truyền

Bàn chân chịu lực ép khi còn ở trong bào thai

Béo phì

Chấn thương bàn chân

Viêm gân, viêm khớp bàn chân

Loạn sản tủy (myelodysplasia)

Rối loạn phối hợp phát triển (Dyspraxia)

Hội chứng Ehlers- Danlos, là một bệnh lý bẩm sinh làm tăng độ đàn hồi của da, khớp và các mạch máu

Hội chứng người dẻo (Hypermobility)

Các dây chằng mất độ đàn hồi

Ngón chân hướng vào trong (Metatarsus adductus)

Xương cổ chân hợp bẩm sinh

Các bệnh lý về thần kinh cơ: bại não, loạn dưỡng cơ, tật nứt đốt sống,

1. Triệu chứng lâm sàng

Đau chân vùng bàn chân , mất cá chân, bấp chân, đau đầu gối, hông, căng chân.

Bàn chân sệt vòm, mất vòm, diện tiếp xúc bàn chân lớn khi đứng bằng chân

Gót chân vẹo ngoài, co rút gân gót

Các khớp bàn chân lỏng lẻo, cơ bàn chân yếu, có thể xuất hiện xương chày xoay ngoài, cầu xương ở bàn chân: gót-sên, gót- ghe, xương sên thẳng đứng.

Bàn chân cảm thấy cứng nhắc, nặng, khó vận động.

Dáng đi lệch về một bên do trọng lượng cơ thể phân bố trên hai chân không tương xứng.

2. Triệu chứng cận lâm sàng:

Công thức máu và sinh hóa máu, sắt, kẽm, ferritin, FT3, FT4, TSH

X-quang và cắt lớp vi tính; phát hiện viêm khớp và đánh giá giải phẫu của các khớp và sự thẳng hàng của bàn chân.

Siêu âm: phát hiện tổn thương mô mềm

Chụp cộng hưởng từ MRI: Cung cấp hình ảnh chi tiết về các tổn thương xương và mô mềm trong viêm khớp, viêm gân hoặc chấn thương gót chân.

3. Chẩn đoán xác định

Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Phân loại : bàn chân bẹt chia thành các loại sau

Bàn chân bẹt sinh lý (bàn chân bẹt mềm dẻo, bàn chân bẹt linh hoạt): là dạng bàn chân phổ biến nhất, xuất hiện gần như ở mọi trẻ nhỏ, nhiều trẻ lớn và

15% người lớn, thường có tính gia đình thường gặp nhất ở các trẻ mang giày, béo phì và lỏng lẻo các dây chằng các khớp, vòm bàn chân sẽ xuất hiện khi người bệnh nhấc chân lên khỏi mặt đất và biến mất khi đứng hoặc khi chân chạm đất hoàn toàn.

Bàn chân bẹt bệnh lý (bàn chân bẹt cứng): xảy ra khi gân gót chân kết nối với xương gót chân và cơ bắp chân lại với nhau, nếu kết nối quá chặt, người bệnh có thể bị đau đớn khi đi bộ hoặc chạy, ngoài ra tình trạng này cũng khiến gót chân nâng lên cao khi người bệnh đi bộ hoặc chạy.

Rối loạn chức năng gân cơ chày sau (gân cơ chày sau bất toàn): loại bàn chân bẹt này phát triển ở người trưởng thành, khi kết nối cơ bắp chân và mặt

trong của mắt cá chân trong bị thương, sưng hoặc rách khiến vòm bàn chân không được sự hỗ trợ cần thiết dẫn đến mất vòm bàn chân, gây đau đớn ở bên trong bàn chân và mắt cá chân, ảnh hưởng đến một chân hay cả hai chân.

4. Chẩn đoán phân biệt:

- Bàn chân vẹo gót xoay ngoài - Dính xương tụ cốt
- bàn chân - Bàn chân lồi xoay ngoài

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị bằng phục hồi chức năng:

a) Vật lý trị liệu

- Nhiệt trị liệu: Chườm nóng, đắp nển, chiếu tia hồng ngoại

- Điện trị liệu:

Điều trị bằng các dòng điện xung

Điều trị bằng dòng điện một chiều đều, điện phân dẫn thuốc b) Vận động trị liệu:

- Kỹ thuật xoa bóp vùng

- Tập vận động chủ động, thụ động c) Tập với các dụng cụ trợ giúp:

- Tập thăng bằng với bàn bập bênh - Tập lên xuống cầu thang

- Tập với xe đạp

2. Điều trị bằng phương pháp chỉnh hình: - Bó bột chỉnh hình

- Đeo giày, nẹp chỉnh hình

3. Điều trị bằng can thiệp ngoại khoa

V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Bệnh điều trị lâu dài phức tạp và khó khăn

2. Biến chứng có thể gặp phải: - Viêm gân Achilles

- Viêm khớp ở mắt cá chân hoặc viêm mắt cá chân

- Viêm khớp bàn chân hoặc viêm gân, cơ dây chằng bàn chân - Viêm gân chày sau

VI. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau bàn chân, mắt cá chân, bắp chân, đau đầu gối, hông, cẳng chân.

- Bàn chân sưng vòm, mắt vòm, diện tiếp xúc bàn chân lớn khi đứng bằng chân - Gót chân vẹo ngoài, co rút gân gót

- Bàn chân cảm thấy cứng nhắc, nặng, khó vận động.

- Dáng đi lệch về một bên do trọng lượng cơ thể phân bố trên hai chân không

tương xứng.

VII. TÀI LIỆU LÀM CĂN CỨ ĐỂ XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ

Bệnh viện Nhi Trung ương (2016), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh trẻ em.

Bệnh viện Nhi đồng I (2016), Phác đồ điều trị nhi khoa.

Medical news today (2018) People with flat feet, also known as fallen arches, have either no arch in their feet or one that is very low