

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ CHĂM SÓC PHỤC HỒI CHỨC NĂNG Ở BỆNH NHÂN HẠN CHẾ VẬN ĐỘNG SAU PHẪU THUẬT TÁI TẠO DÂY CHẰNG KHỚP GỐI

Nguyễn Thị Kim Oanh¹, Nguyễn Cao Viên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá nhu cầu và kết quả chăm sóc, phục hồi chức năng của bệnh nhân hạn chế vận động sau phẫu thuật tái tạo dây chằng khớp.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp với tiền cứu trên 32 bệnh nhân (22 nam, 10 nữ), tuổi trung bình là $35,31 \pm 13,06$, hạn chế vận động khớp gối sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng khớp gối, điều trị tại Khoa Y học cổ truyền – vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng, Bệnh viện Quân y 211 từ tháng 02/2016 đến tháng 03/2017. Đánh giá các nhu cầu chăm sóc điều dưỡng và kết quả phục hồi chức năng khớp gối.

Kết quả: 84,38% bệnh nhân được tập sau phẫu thuật 4 tuần. 59,63% bệnh nhân tin tưởng vào khả năng hồi phục chức năng khớp gối sau tập. Nguyên nhân chủ yếu (62,5%) gây lo lắng khi tập là do đau. 71,87% bệnh nhân chưa được quan tâm chăm sóc về dinh dưỡng. 81,25% bệnh nhân hài lòng với sự chăm sóc của điều dưỡng. Tầm vận động khớp gối được cải thiện rõ rệt tăng từ $48 \pm 7,5$ lên $92 \pm 6,6$, $p < 0,05$). Chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm tăng từ $48 \pm 7,5$ lên $76 \pm 5,6$, $p < 0,05$). 68,75% bệnh nhân không teo cơ. Mức độ teo cơ giảm từ $1,2 \pm 0,4$ cm xuống $0,6 \pm 0,15$ ($p < 0,05$). 59,38% bệnh nhân trở lại hoạt động nghề nghiệp ban đầu.

Kết luận: Điều trị phục hồi chức năng là thực sự cần thiết và mang lại hiệu quả thiết thực cho bệnh nhân hạn chế vận động khớp gối sau phẫu thuật tái tạo dây chằng.

Từ khóa: Tổn thương dây chằng khớp gối, phục hồi chức năng, chăm sóc điều dưỡng.

ABSTRACT

RESULTS OF CARE AND REHABILITATION OF PATIENTS LIMITING KNEE MOBILIZATION AFTER LIGAMENT RECONSTRUCTION SURGERY

Nguyen Thi Kim Oanh¹, Nguyen Cao Vien¹

Objectives: To evaluate the needs and the results of care and rehabilitation of patients limiting knee mobilization after ligament reconstruction surgery. **Subjects and methods:** A descriptive, retrospective and prospective study was conducted in 32 patients (22 males and 10 females) with an average age of 35.31 ± 13.06 . After surgery for reconstruction of knee ligaments, treatment at the Department of Traditional Medicine - Physical Therapy - Rehabilitation, Military Hospital 211 from February 2016 to March 2017. Nursing care needs and results of knee rehabilitation. **Results:** 84.38% of patients were taken physical

1. Bệnh viện Quân y 211, Gia Lai

- Ngày nhận bài (received): 9/3/2017; Ngày phản biện (revised): 12/5/2017;
- Ngày đăng bài (Accepted): 15/6/2017
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Thị Kim Oanh
- Email: kimoanh.gialai.0901@gmail.com

therapy after 4 weeks of surgery. 59.63% of patients believed in rehabilitation of knee. Pain was the main reason causing anxiety (62.5%). 71.87% of patients have not received nutritional care. 81.25% of patients were satisfied with nursing care. The range of knee mobilization was significantly improved (from 48 ± 7.5 to 92 ± 6.6 , $p < 0.05$). The knee function of the Lysholm scale increased from 48 ± 7.5 to 76 ± 5.6 , $p < 0.05$. 68.75% of patients did not have muscular atrophy. The level of muscle wasting decreased from 1.2 ± 0.4 cm to 0.6 ± 0.15 ($p < 0.05$). 59.38% of patients returned to their original occupational activity. **Conclusion:** Rehabilitation therapy is truly necessary and provides a practical effect for patients limiting knee mobilization after ligament

Key words: Knee ligament injury, rehabilitation, nursing care

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương khớp gối là một tổn thương hay gặp do tai nạn giao thông, lao động, sinh hoạt, đặc biệt trong thể thao. Với sự phát triển về phương tiện và kỹ thuật ngoại khoa, các dạng tổn thương khớp gối từ dây chằng chéo đến sụn chêm đều có thể được tái tạo bằng phẫu thuật nội soi với kết quả khả quan. Tuy nhiên, sau phẫu thuật, các bệnh nhân (BN) cần phải được tập phục hồi chức năng (PHCN) mới hạn chế được nguy cơ cứng khớp, trả lại chức năng và biên độ vận động bình thường khớp gối, giúp cho BN sớm hòa nhập cộng đồng [3].

Hiện nay, đã có nhiều nghiên cứu về điều trị phẫu thuật tái tạo cấu trúc khớp gối, tuy nhiên, công tác điều dưỡng chăm sóc PHCN còn chưa được quan tâm nghiên cứu một cách đầy đủ.

Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu:

Đánh giá nhu cầu và kết quả chăm sóc, phục hồi chức năng của bệnh nhân hạn chế vận động sau phẫu thuật tái tạo dây chằng khớp tại Bệnh viện Quân y 211.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 32 bệnh nhân hạn chế vận động khớp gối sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng khớp gối, điều trị tại Khoa Y học cổ truyền – Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng, Bệnh viện Quân y 211 từ tháng 02/2016 đến tháng 03/ 2017. Loại trừ những BN có các tổn thương kết hợp như vỡ mâm chày, vỡ xương bánh chè, sụn chêm...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp hồi cứu kết hợp với tiền cứu và mô tả cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung BN: Tuổi và giới tính; Vị trí và nguyên nhân tổn thương; Thời gian tập PHCN sau phẫu thuật

- Đánh giá nhu cầu bệnh nhân khi tiến hành tập luyện phục hồi chức năng: Tình trạng tâm thần kinh khi tiến hành phục hồi chức năng; Dinh dưỡng trong quá trình phục hồi chức năng; Đánh giá mức độ đau với hạn chế tầm vận động

- Đánh giá mức độ đau: Đánh giá theo thang điểm VAS với 3 mức độ: Không đau hoặc đau nhẹ (0 - 3 điểm); Đau vừa (4 - 6 điểm); Đau dữ dội (7 - 10 điểm).

- Đánh giá tầm vận động của khớp gối với thước đo góc $0^\circ - 360^\circ$, lấy tâm của khớp là lõi cầu ngoài xương đùi. Đánh giá kết quả: Không hạn chế ($>140^\circ$); Hạn chế nhẹ ($90^\circ - 139^\circ$); Hạn chế vừa ($45^\circ - 89^\circ$); Hạn chế nặng ($< 45^\circ$).

- Đánh giá chức năng khớp gối: Lượng giá theo thang điểm Lysholm, tổng 100 điểm, trong đó đáng đi 5 điểm, đau 25 điểm, chống đỡ xuống chân tổn thương 5 điểm, sưng nề 10 điểm, kẹt khớp 15 điểm, lên xuống cầu thang 10 điểm, tính ổn định của khớp 25 điểm, ngồi xổm 5 điểm. Đánh giá kết quả: Rất tốt (95 - 100 điểm); Tốt (84 - 94 điểm); Trung bình (65 - 83 điểm); Kém (< 65 điểm).

- Đánh giá mức độ teo cơ: Thông qua chu vi vòng đùi. Đo chu vi đùi từ cực trên xương bánh chè lên

10cm, đối chiếu với bên lành, và được phân thành các mức độ: Không teo cơ (bằng chu vi bên lành); Teo cơ nhẹ (< 1cm); Teo cơ vừa (1-2 cm); Teo cơ nặng (> 2cm).

2.2.3. Quy trình tập vận động khớp gối

Sau phẫu thuật, bệnh nhân được tập vận động khớp gối, PHCN theo chỉ định của bác sỹ. Điều dưỡng kiểm tra, đánh giá các chỉ tiêu trên đây và thực hiện các bước trị liệu như sau:

- Tuần 1-2 sau phẫu thuật: Dùng nhiệt lạnh tại chỗ ngay đầu, những ngày tiếp theo dùng điện xung để giảm đau, kích thích cơ. Chủ yếu hướng dẫn gồng cơ tứ đầu đùi, co cơ tĩnh nhóm cơ gấp khớp gối, cơ khớp háng, vận động cổ chân (bơm khớp cổ chân).

- Tuần thứ 3-4 sau phẫu thuật: Tập vận động thụ động chân phẫu thuật gấp/ duỗi khớp cổ chân, khớp gối. Xoa bóp cơ trên/ dưới gối, tập gồng cơ gấp/ duỗi khớp gối, khớp háng. Di chuyển bằng nạng, không dồn trọng lượng lên chân phẫu thuật.

- Tuần thứ 5-12 sau phẫu thuật: Tập vận động như trên, giảm dần trợ giúp đến khi chủ động hoàn toàn. Tập kháng trở nhẹ nhàng để làm mạnh cơ và gia tăng tầm hoạt động của khớp gối. Trong thời gian tối thiểu (6 tuần) sau phẫu thuật cần để liên dây chằng tái tạo nên không tập những bài tập kháng trở, thụ động làm căng dây chằng tái tạo. Tập đạp xe đạp lực kế (Khi khớp gối gấp được 100 độ trở lên). Tập trên dụng cụ thăng bằng. Tập bỏ dụng cụ trợ giúp.

- Tuần thứ 12 – 16 sau phẫu thuật: Tiếp tục tập các bài tập vận động chủ động có kháng trở để làm mạnh cơ và tăng tầm hoạt động của khớp. Không dùng lực ép đột ngột để gây tổn thương thứ phát.

- Thời gian tiếp theo đến 6 tháng: Hướng dẫn các bài tập làm mạnh cơ háng, gối, cổ chân. Vận động kháng trở để làm hết tầm vận động của khớp. Những người bệnh là vận động viên thể thao có các bài tập riêng. Kết thúc điều trị, hướng dẫn bệnh nhân tự tập.

- Phương tiện điều trị: Nhiệt trị liệu bằng đắp Parafin hoặc chiếu tia hồng ngoại tại chỗ, nhiệt độ 50°C thời gian 20 phút, điều trị hàng ngày trước khi tập vận động. Giảm đau bằng điện xung CS-210 của Nhật Bản, mỗi lần 20 phút. Quả tạ (Bao cát) ghi

trọng lượng các loại, giường xoa bóp, dụng cụ tập thăng bằng, xe đạp lực kế [3], [4].

2.2.4. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng của khớp gối

- Kết quả phục hồi chức năng tầm vận động khớp gối.

- Đánh giá mức độ teo cơ bằng đo chu vi đùi.

- Đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm

- Hướng dẫn bệnh nhân khi xuất viện

- Sự hài lòng của bệnh nhân với công tác chăm sóc của điều dưỡng.

- Hoạt động nghề nghiệp trở lại.

2.2.5. Xử lý số liệu

Các thông số định lượng được tính toán, phân tích theo số trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$); các thông số định tính được tính theo tỉ lệ phần trăm; các so sánh có ý nghĩa khi $p < 0,05$ và độ tin cậy là 95%. Các phương pháp thống kê thường dùng trong nghiên cứu y dược học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 32 bệnh nhân hạn chế vận động khớp gối sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng khớp gối tại Bệnh viện Quân y 211, chúng tôi thu nhận kết quả sau:

3.1. Nhu cầu bệnh nhân khi tiến hành tập luyện phục hồi chức năng

Bảng 1. Trạng thái tâm thần kinh trước giai đoạn tập PHCN

Trạng thái tâm thần kinh	n	%
Lo âu hoài nghi	7	21,87
Mặc cảm lệ thuộc	4	12,50
Hy vọng tin tưởng	21	65,63

Đa số BN (59,63%) trước khi tập PHCN đều hy vọng tin tưởng vào khả năng hồi phục chức năng khớp gối. Nguyên nhân gây lo lắng, mặc cảm ở bệnh nhân trước tập PHCN chủ yếu là do đau (62,5%), sợ tàn phế (21,87%), lo mất thời gian (9,38%) và lo lắng về chi phí (6,25%).

Bệnh viện Trung ương Huế

Bảng 2. Mức độ đau của bệnh nhân khi bắt đầu luyện tập PHCN

Mức độ đau	Tổng số (n=32)	
	n	%
Không đau/ Đau nhẹ	5	15,62
Đau vừa	19	59,38
Đau dữ dội	8	25,0

Tất cả BN đều được nhân viên y tế quan tâm, giải thích động viên nhưng chủ yếu là do Điều dưỡng, kỹ thuật viên điều trị trực tiếp (75%), chỉ có 25% BN được các bác sỹ giải thích, hướng dẫn, động viên trước khi luyện tập. Đa số BN khi bắt đầu tập luyện đều dùng thuốc giảm đau từ bậc 2 (nhóm NSAID kết hợp codein), trong đó có 17 bệnh nhân được dùng giảm đau Efferalgan codein, 8 bệnh nhân phải dùng giảm đau Celecoxib + Efferalgan codein, và có 1 bệnh nhân (3,13%) phải dùng đến Morphine giảm đau (giảm đau bậc 3). Chỉ có 6 bệnh nhân (18,75%) không phải dùng giảm đau.

Bảng 3. Mối liên quan giữa mức độ đau với mức độ hạn chế tầm vận động.

Tầm vận động khớp gối	Mức độ đau			Tổng số (n=32)	
	Đau nhẹ/ không đau	Đau vừa	Đau dữ dội	n	%
<45°	2	12	6	20	62,5
45° – 89°	3	7	2	12	37,5
r	0,83 (mức độ đau tương quan thuận với tầm vận động khớp gối)				

Bảng 4. Nhu cầu dinh dưỡng của bệnh nhân tập PHCN khớp gối

Nhu cầu ăn uống	n	%
Ăn uống bình thường	23	71,87
Ăn uống kém	9	28,13

Đa số bệnh nhân (71,87%) chưa được nhân viên y tế quan tâm chăm sóc và hướng dẫn về chế độ ăn uống trong giai đoạn điều trị PHCN. Tất cả BN ra viện đều được hướng dẫn bởi nhân viên y tế trong đó được hướng dẫn bởi bác sỹ là 59,38% và bởi điều

dưỡng, kỹ thuật viên là 40,62%. Đa số BN rất hài lòng với sự chăm sóc của điều dưỡng (81,25%). Chỉ có 15,63% BN hài lòng một số điểm và 3,13% BN không hài lòng.

3.2. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng của khớp gối

Số đợt điều trị PHCN trung bình là $2,2 \pm 0,3$ đợt trong đó có 12 BN (37,5%) phải trải qua 2 đợt điều trị và 20 BN (62,5%) phải trải qua 3 đợt điều trị.

Bảng 5. Tầm vận động khớp gối trước và sau đợt điều trị.

Tầm vận động khớp	Trước phục hồi		Sau phục hồi	
	n	%	n	%
< 45	20	62,5	0	0
45 – 89	12	37,5	11	34,37
90 – 139	0	0	21	65,63
>140	0	0	0	0
Trung bình	40 ± 5,75		92 ± 6,6	
p	< 0,05			

Tầm vận động khớp gối của BN đã được cải thiện rõ rệt sau điều trị, không còn BN nào bị hạn chế tầm vận động khớp gối mức độ nặng, hạn chế vừa chỉ còn 34,37%, hạn chế nhẹ tăng 65,63%. Tầm vận động khớp trung bình của bệnh nhân tại thời điểm bắt đầu trị liệu là $48 \pm 7,5$ tăng lên $92 \pm 6,6$ sau khi được PHCN. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Tất cả bệnh nhân vẫn chưa phục hồi hoàn toàn tầm vận động của khớp gối.

Bảng 6. Chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm

Điểm	Trước tập		Sau tập	
	n	%	n	%
< 65	26	81,25	0	0
65 – 83	6	18,75	24	75,0
84 – 94	0	0	8	25,0
95 - 100	0	0	0	0
Trung bình	48 ± 7,5		76 ± 5,6	
p	< 0,05			

Trước khi tập, chức năng khớp gối của các bệnh nhân chỉ đạt mức trung bình và kém. Sau phục hồi chức năng thì chức năng khớp gối đã được cải thiện rõ rệt: có 25% bệnh nhân chức năng khớp gối đã đạt được mức tốt. Chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm trung bình của bệnh nhân tại thời điểm bắt đầu tập PHCN là $48 \pm 7,5$ tăng lên $76 \pm 5,6$ sau khi được PHCN. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 7. Chu vi vòng đùi ở bệnh nhân trước và sau điều trị PHCN

Sự teo cơ	Trước tập		Sau tập	
	n	%	n	%
Không teo	3	9,37	22	68,75
Teo ít	21	65,63	10	31,25
Teo vừa	8	25,0	0	0,0
Teo nặng	0	0,0	0	0,0
Trung bình	1,2 ± 0,4		0,6 ± 0,15	
p	< 0,01			

Sau tập luyện PHCN, chu vi đùi đã cải thiện rõ rệt: 68,75% BN không teo. Mức độ teo cơ trung bình của bệnh nhân trước khi PHCN là $1,2 \pm 0,4$ cm giảm xuống $0,6 \pm 0,15$ sau khi được PHCN. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Đa số bệnh nhân có thể quay trở lại hoạt động nghề nghiệp ban đầu sau thời gian tập PHCN (59,38%). Tuy nhiên tất cả BN vẫn chưa phục hồi hoàn toàn chức năng vận động của khớp gối.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 32 bệnh nhân cứng khớp gối, tỉ lệ nam/nữ là 2/1, trong đó độ tuổi lao động (18 - 50) chiếm tỉ lệ 75 %. Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (71,88%). Tỷ lệ tổn thương khớp gối phải cao hơn có thể do phần lớn BN thuận chân phải.

Phần lớn bệnh nhân có giai đoạn bất động kéo dài và chỉ được tập luyện PHCN sau phẫu thuật 4 tuần. Chúng tôi thấy thời gian cố định, bất động

chỉ càng lâu thì nguy cơ teo cơ, cứng khớp hạn chế tầm vận động càng lớn. Theo một số tác giả, sau 2 tuần không vận động, hiện tượng teo cơ đã xuất hiện mà dấu hiệu nhận biết là chân bệnh nhân lạnh. Teo cơ là hiện tượng cơ bị nhỏ đi, chất lượng sợi cơ giảm nhưng số lượng cơ không thay đổi nên teo cơ hoàn toàn có thể khắc phục được bằng vận động [1], [2].

Thông qua điều tra sử dụng bảng hỏi, chúng tôi nhận thấy có (59,63%) BN trước khi tập PHCN đều hy vọng tin tưởng vào khả năng hồi phục chức năng khớp gối. Tuy nhiên vẫn có (34,37%) BN có biểu hiện lo lắng, bi quan, mặc cảm về tình trạng của mình. Đau (62,5%) là nguyên nhân hàng đầu gây nên trạng thái tâm thần kinh lo âu bi quan, mặc cảm. Việc đánh giá trạng thái tinh thần và động viên tinh thần của BN là nhiệm vụ rất quan trọng của điều dưỡng và kỹ thuật viên. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 75% BN được điều dưỡng động viên tinh thần trong khi đó chỉ có 25% BN được bác sỹ động viên trong quá trình phục hồi chức năng. Như vậy, công tác chăm sóc tinh thần cho BN là nhiệm vụ hết sức quan trọng của điều dưỡng trong quá trình tập PHCN.

Về mối liên quan giữa mức độ đau của BN khi tập PHCN với mức độ hạn chế tầm vận động khớp gối, chúng tôi thấy có 6 BN cứng khớp gối mức độ nặng thì quá trình tập vận động gây ra đau dữ dội. Tùy thuộc vào mức độ đau, chúng tôi phải kết hợp điều trị bằng thuốc giảm đau: có 17 BN (53,1%) phải dùng Efferalgan codein, có 8 BN (25%) phải dùng thuốc giảm đau Celecoxib + Efferalgan codein, chỉ có 1 BN đã phải dùng Morphin do quá đau trong lần tập đầu tiên.

Về dinh dưỡng trong quá trình tập PHCN, có 71,87% BN ăn uống bình thường, 28,13% BN ăn uống kém. Lý do khiến bệnh nhân ăn kém hơn chủ yếu là do đau. Chúng tôi thường bổ sung thêm một số thành phần dinh dưỡng khác như: Axit béo omega 3 nhằm hỗ trợ kiểm soát tình trạng viêm, các chất chống oxy hóa có khả năng chống lại các chất gây tổn thương mô, một số vitamin C và vitamin E điều chỉnh hoạt

động của cytokines, ngăn chặn nguy cơ teo cơ... Đánh giá về công tác chăm sóc dinh dưỡng trong quá trình tập PHCN, có 28,13% BN được điều dưỡng, bác sĩ hướng dẫn chế độ dinh dưỡng và có tới 71,87% BN không được hướng dẫn. Các điều dưỡng viên chưa chú trọng đầy đủ đến công tác chăm sóc dinh dưỡng của BN trong quá trình phục hồi chức năng.

Về hướng dẫn chế độ vận động sinh hoạt của BN trước khi ra viện, chỉ có 19 BN (59,38%) được hướng dẫn bởi bác sĩ. Việc hướng dẫn bệnh nhân về chế độ ăn, nghỉ ngơi, vận động, chế độ điều trị tại nhà... không được Điều dưỡng/ kỹ thuật viên chú trọng. Các điều dưỡng viên chỉ chú trọng đến việc hoàn thành thủ tục xuất viện cho bệnh nhân.

Về đánh giá mức độ hài lòng của BN trong quá trình tập PHCN, có 81,25% BN rất hài lòng với sự chăm sóc của điều dưỡng, 15,63% BN hài lòng một số điểm và 3,13% BN không hài lòng. Các BN không hài lòng chủ yếu liên quan tới thiếu thôn cơ sở vật chất, không phải do thái độ của nhân viên y tế.

Về kết quả phục hồi chức năng vận động khớp gối: Với trung bình $2,2 \pm 0,3$ đợt điều trị tập PHCN,

mức độ cứng khớp gối của BN đã được cải thiện rõ rệt, tầm vận động khớp gối trung bình đã tăng lên từ $48 \pm 7,5$ tới $92 \pm 6,6$, chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm đã tăng lên từ $48 \pm 7,5$ tới $76 \pm 5,6$ điểm, không còn BN nào bị hạn chế vận động khớp gối mức độ nặng, chỉ còn 34,37% BN hạn chế vừa và 65,63% BN hạn chế nhẹ, có 59,38% BN có thể quay trở lại hoạt động nghề nghiệp ban đầu. Số BN teo cơ cũng có cải thiện rõ rệt, mức độ teo cơ trung bình trước khi tập PHCN là $1,2 \pm 0,4$ cm giảm xuống $0,6 \pm 0,15$ sau khi được PHCN ($p < 0,01$). Tuy nhiên, tất cả BN vẫn chưa phục hồi hoàn chức năng vận động của khớp gối.

V. KẾT LUẬN

Điều trị phục hồi chức năng là thực sự cần thiết và mang lại hiệu quả thiết thực cho các BN hạn chế vận động khớp gối sau phẫu thuật tái tạo dây chằng. Công tác chăm sóc điều dưỡng phục hồi chức năng đã được chú trọng. Sau điều trị, tầm vận động và chức năng khớp gối được cải thiện rõ rệt, giúp bệnh nhân có thể sớm quay lại với hoạt động nghề nghiệp ban đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Giải phẫu, trường Đại học Y Hà Nội (2004), Bài giảng Giải phẫu học. Hà Nội, NXB Y học.
2. Bộ môn Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng, trường Học viện Quân y (2014), Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng. Giáo trình dùng cho đào tạo
3. Cục Quân Y, Bộ Quốc phòng (2016), Tài liệu tập huấn Vật lý trị liệu và Phục hồi chức năng.
4. Bộ Y tế (2005), Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Bệnh viện, tập 3, tr. 535 - 548.