

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP CHO BỆNH NHÂN HÔ HẤP MẠN TÍNH

Đỗ Thị Tường Oanh*

TÓM TẮT

Chương trình phục hồi chức năng hô hấp, dựa trên nhiều thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng với phương pháp nghiên cứu được thiết kế chặt chẽ, đã được chứng minh mang lại sự cải thiện lâm sàng đáng kể ở bệnh nhân mắc bệnh hô hấp mạn tính. Chương trình phục hồi chức năng hô hấp là chương trình đa thành phần, trong đó tập vận động là thành phần cốt lõi bao gồm hai cách tập là tăng sức bền và tăng sức cơ; với các hình thức tập vận động chi dưới, vận động chi trên và vận động cơ hô hấp. Luyện tập cơ hô hấp giúp tăng cường sức cơ hô hấp, được chỉ định cho những bệnh nhân có bằng chứng hoặc nghi ngờ yếu cơ hô hấp. Ngoài ra giáo dục sức khỏe, tham vấn và can thiệp dinh dưỡng và hỗ trợ tâm lý tâm thần kinh là những thành phần cần thiết giúp bổ sung và hoàn chỉnh chương trình. Phục hồi chức năng hô hấp có thể khởi đầu sớm ngay trong đợt cấp khi còn đang nằm viện. Khởi đầu phục hồi chức năng hô hấp sớm trong vòng 3 tuần sau đợt cấp giúp cải thiện khả năng gắng sức, giảm triệu chứng, tăng chất lượng cuộc sống, giảm tử vong và giảm tỉ lệ tái nhập viện.

SUMMARY

PULMONARY REHABILITATION FOR CHRONIC LUNG DISEASES

Pulmonary rehabilitation (PR), based on well – designed randomized controlled trials, has proved to significantly improve clinical outcomes in chronic lung disease patients. PR is a multi-components program in which exercise training is the cornerstone component with two types of training (endurance training and strength/ resistance training) and consist of three exercises (lower extremity exercise, arm exercise and inspiratory muscle training). Inspiratory muscle training increases strength of inspiratory muscles, is indicated for patients who have evidences or risks of respiratory muscles weakness. Besides, health education, nutritional consult and intervention, psychological consideration and support can fulfill and complete the program. PR should be started early during 3 weeks after exacerbations can enhance exercise tolerance, reduce symptoms, improve quality of life, reduce mortality and re-hospitalization rate.

GIỚI THIỆU CHUNG

Định nghĩa: Theo định nghĩa của ATS/ERS năm 2013⁽¹⁾ “Phục hồi chức năng hô hấp là một

can thiệp toàn diện dựa trên sự lượng giá cẩn thận người bệnh tiếp theo sau là chương trình điều trị phù hợp với từng người bệnh bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn bởi, tập vận động, giáo dục sức khỏe và thay đổi thái độ hành vi, được thiết kế nhằm cải thiện tình trạng thể chất và tâm lý của người bệnh hô hấp mạn tính và khuyến khích tuân thủ điều trị lâu dài”. Định nghĩa này nhấn mạnh ba yếu tố quan trọng của chương trình phục hồi chức năng hô hấp là đa thành phần, cá nhân hóa và hướng đến tình trạng thể chất và tâm lý của người bệnh.

Mục tiêu: Mục tiêu chính của chương trình phục hồi chức năng hô hấp là nhằm làm giảm triệu chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống và gia tăng các hoạt động thể chất và xã hội trong đời sống hàng ngày. Căn cứ trên kết quả của nhiều thử nghiệm lâm sàng, chương trình phục hồi chức năng hô hấp đã được chứng minh mang lại nhiều lợi ích (Bảng 1).

Bảng 1: Những lợi ích của chương trình phục hồi chức năng hô hấp⁽²⁾

Cải thiện khó thở, tình trạng sức khỏe và khả năng vận động ở bệnh nhân ổn định	Bằng chứng loại A
Giảm nhập viện trong số bệnh nhân vừa ra khỏi đợt cấp ≤ 4 tuần	Bằng chứng loại B
Giáo dục sức khỏe đơn thuần không đem lại hiệu quả	Bằng chứng loại C
Tự quản lý bệnh kèm trao đổi với nhân viên y tế cải thiện tình trạng sức khỏe, giảm nhập viện	Bằng chứng loại B

Tổ chức thực hiện: Chương trình phục hồi chức năng hô hấp có thể được tổ chức cho bệnh nhân ngoại trú, nội trú hoặc tại nhà. phục hồi chức năng hô hấp ở bệnh nhân ngoại trú là chương trình được áp dụng rộng rãi nhất, có hiệu quả được đánh giá bởi phần lớn các thử nghiệm lâm sàng và cho thấy an toàn, thuận lợi và có lợi ích trong cán chi phí – hiệu quả⁽³⁾. Chương trình phục hồi chức năng hô hấp cho bệnh nhân nội trú thường áp dụng cho những bệnh nhân nặng, thiếu phương tiện đi lại hoặc kém hỗ trợ từ gia đình, có hiệu quả tương tự như chương trình phục hồi chức năng hô

*TS. BS. Giảng viên Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch; Email: bstuongoanh@gmail.com; ĐT: 0908120626

hấp ngoại trú nhưng chi phí cao. Chương trình phục hồi chức năng hô hấp tại nhà chi phí thấp, thuận tiện cho bệnh nhân nhất là những bệnh nhân sống ở vùng xa, dễ thực hiện lâu dài nhưng thường có những bất lợi như thiếu giám sát, thiếu hỗ trợ nhóm, thiếu sự phối hợp của các nhân viên y tế từ nhiều lĩnh vực, dụng cụ tập luyện không đồng nhất....

Các thành phần của chương trình phục hồi chức năng hô hấp: Chương trình phục hồi chức năng hô hấp toàn diện bao gồm lượng giá bệnh nhân, tập vận động, tập cơ hô hấp, kích thích điện cơ thần kinh, giáo dục sức khỏe và tự quản lý bệnh.^(1,3,4)

Lượng giá bệnh nhân:

Chọn bệnh: Chương trình phục hồi chức năng hô hấp nên được thực hiện ở tất cả những bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có triệu chứng kéo dài, hạn chế hoạt động và/ hoặc kém thích nghi với bệnh mặc dù đã điều trị thuốc tối ưu. Đặc biệt, phục hồi chức năng hô hấp càng nên được thực hiện đối với các trường hợp sau dù đã được dùng thuốc tối ưu:

- Khó thở và các triệu chứng hô hấp mạn tính
- Chất lượng cuộc sống kém, giảm tình trạng sức khỏe chung
- Khó thực hiện các sinh hoạt hàng ngày
- Lo âu, trầm cảm do bệnh phổi
- Suy dinh dưỡng
- Tăng sử dụng dịch vụ y tế (đợt cấp và nhập viện nhiều, thăm khám nhiều lần...)
- Rối loạn trao đổi khí bao gồm hạ oxy máu

Loại trừ các trường hợp:

+ Có các vấn đề về chỉnh hình hoặc thần kinh có thể làm hạn chế khả năng di động hoặc phối hợp trong lúc tập vận động.

+ Độ khó thở mMRC ≥ 4 .

+ Có các bệnh phối hợp như bệnh tâm thần, bệnh tim mạch không ổn định.

Lượng giá:

Trước khi tham gia chương trình phục hồi chức năng hô hấp, bệnh nhân nên được đánh giá các điểm sau:

- + Khai thác bệnh sử và khám lâm sàng.
- + Đo hô hấp ký sau dùng thuốc giãn phế quản.
- + Đánh giá mức ảnh hưởng của bệnh theo các thang điểm CAT hoặc CRQ hoặc bảng câu hỏi Saint George.
- + Đánh giá mức độ khó thở mMRC.
- + Đánh giá tình trạng các bệnh đồng mắc: bệnh tim mạch, bệnh cơ xương khớp, bệnh tâm thần kinh.

+ Đánh giá khả năng gắng sức tối đa: Có thể đánh giá bằng nhiều biến số như mức tiêu thụ oxy tối đa (VO_2 max) đo khi dùng cơ công kế (ergometer) với xe đạp tại chỗ hoặc thăm lặn, nhịp tim tối đa hoặc dùng các nghiệm pháp đi bộ.

+ Đánh giá nguy cơ thiếu oxy máu khi gắng sức: Khi độ bão hòa oxy SpO_2 giảm hơn 4% sau gắng sức.

+ Đánh giá sức cơ của các cơ hô hấp và cơ tứ đầu đùi.

+ Đánh giá phân bố cơ thể (cân nặng, khối nạc, % mỡ...)

+ Đánh giá lo âu, trầm cảm...

Tập vận động:

Tập vận động được xem là thành phần chủ yếu và bắt buộc của chương trình phục hồi chức năng hô hấp và cũng là cách tốt nhất để cải thiện hoạt động cơ vân ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Chương trình luyện tập vận động nhằm khắc phục những giới hạn của người bệnh khi vận động như các tắc nghẽn thông khí, rối loạn trao đổi khí và kém chức năng của hệ cơ xương và cơ hô hấp.

Phương thức tập luyện: Các bài tập vận động có thể được tiến hành theo 2 cách: tập sức bền (endurance) và tập sức cơ (strenght) hay phối hợp cả hai cách này. Ngoài ra các bài tập căng giãn cũng giúp hỗ trợ cho tập vận động.

+ Tập sức bền: Nhằm làm khỏe mạnh các cơ giúp đi lại và cải thiện hoạt động tim phổi phù hợp với vận động, tăng hoạt động thể chất và giảm bớt khó thở, mệt mỏi.

Hình thức tập luyện sức bền cổ điển và phổ biến nhất là tập vận động chi dưới. Có thể dùng thăm lặn (khởi đầu với vận tốc từ 800m/giờ, tăng dần cho đến 5km/giờ) hoặc xe đạp lực kế (khởi đầu bằng 30 vòng /phút). Ngoài ra còn có thể đi bộ trên mặt phẳng có hoặc không kèm với khung đẩy có bánh xe (wheeled walking aid). Tập vận động chi dưới giúp cải thiện khả năng gắng sức. Tập vận động chi trên giúp giảm bớt khó thở và giảm bớt nhu cầu thông khí trong các hoạt động dùng tay. Tập chi trên có thể sử dụng máy tập tay có cơ công kế (arm cycle ergometer), nâng tạ tự do hoặc băng đàn hồi.

+ Tập sức cơ: Lập đi lập lại nhiều lần cùng một động tác làm gia tăng khối cơ và sức cơ tại chỗ. Tập sức cơ giúp tăng lực cơ cơ và thể tích khối cơ tốt hơn so với tập sức bền và nên phối hợp cả hai cách tập sức bền và sức cơ nhằm điều chỉnh các rối loạn chức năng cơ xương ở bệnh nhân bệnh phổi

tắc nghẽn mạn tính. Thường sử dụng nâng tạ hoặc kháng lực, với 8 – 12 lần /động tác x 1 – 3 đợt /buổi tập x 2 -3 ngày /tuần. Các cơ nên tập luyện: Cơ tứ đầu đùi, cơ tam đầu, cơ nhị đầu, cơ delta, cơ ngực lớn... Tập kháng lực nên vận động nhịp nhàng, tốc độ kiểm soát từ chậm đến trung bình, kết hợp với hít vào khi giãn cơ và thở ra khi co cơ.

Hình thức tập luyện: Chi dưới: Đạp xe, nâng chân, băng đàn hồi, bước bậc thang, bài tập ngồi đứng...; Chi trên: Arm cycle ergometer (khởi đầu 50 vòng/phút không kháng lực), nâng tạ tự do (khởi đầu # 1/4kg – 1 kg), băng đàn hồi, ném banh...

+ Các bài tập căng giãn: Hỗ trợ cho các bài tập tăng sức bền và tăng sức cơ, cải thiện các bất thường về tư thế và dáng đứng có ảnh hưởng đến hoạt động hô hấp như cứng cột sống, lệch cột sống, nhô vai, lệch vai... Các bài tập căng giãn bao gồm cả chi trên lẫn chi dưới như bấp tay, bấp chân, khoeo chân, cổ, vai...

Cường độ tập luyện: Thiết kế chương trình tập vận động cần chú ý cho phù hợp với độ nặng của bệnh, mức độ hạn chế do triệu chứng bệnh, bệnh lý đi kèm và sự năng động của từng người bệnh. Có 3 mức độ:

+ Tập liên tục cường độ cao: > 60% công vận động tối đa trong 20 – 60 phút, thường sử dụng các điểm triệu chứng như thang điểm Borg để điều chỉnh và duy trì mức độ vận động. Điểm Borg 4 – 6 hoặc được xem là mục tiêu thích hợp khi luyện tập.

+ Tập liên tục cường độ thấp: Theo dõi nhịp tim trong lúc tập luyện sao cho xấp xỉ 75% nhịp tim tối đa theo công thức

$$NTTĐ = 220 - \text{tuổi}$$

+ Tập với cường độ cao xen kẽ những khoảng nghỉ ngắn hoặc xen kẽ những khoảng tập với cường độ thấp.

Cường độ tập luyện cao đem lại hiệu quả tốt hơn nhưng chỉ một số ít bệnh nhân có thể đạt được mức tập luyện này. Hai cách tập sau áp dụng cho những đối tượng có nhiều triệu chứng hoặc không thể tập được ở mức tập với cường độ cao. Tập luyện với cường độ thấp cũng có thể đạt được sự cải thiện về triệu chứng, chất lượng cuộc sống và việc thực hiện công việc hàng ngày, hơn nữa phần lớn bệnh nhân có thể thích nghi được và có thể tuân thủ tập vận động trong một thời gian dài.

Các biện pháp hỗ trợ:

Để việc tập vận động có thể đạt hiệu quả tối ưu, cần phải lưu ý đến một số biện pháp hỗ trợ

trước và trong lúc luyện tập như sau:

+ Dùng thuốc giãn phế quản trước khi tập vận động giúp cải thiện khả năng gắng sức.

+ Thở oxy: Oxy giúp tăng khả năng gắng sức và giảm khó thở cả ở những bệnh nhân hạ oxy máu nhẹ và giảm bão hòa oxy khi gắng sức. Oxy hỗ trợ trong lúc tập vận động cường độ cao ở bệnh nhân không hạ oxy máu khi gắng sức cũng giúp gia tăng hiệu quả tập sức bền. Bệnh nhân đang thở oxy dài hạn tại nhà cần tiếp tục thở oxy khi vận động và nên tăng lưu lượng oxy khi vận động.

+ Thông khí không xâm lấn: Thông khí không xâm lấn có thể được sử dụng như một biện pháp hỗ trợ cho một số ít bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính mức độ nặng và thích ứng kém với vận động, giúp làm giảm bớt khó thở và tăng khả năng gắng sức thông qua làm giảm tải cơ hô hấp. Các dữ liệu về vai trò của thông khí không xâm lấn trong phục hồi chức năng hô hấp còn chưa đầy đủ.

Chống chỉ định tập vận động:

- Thiếu oxy mô
- Rối loạn nhịp tim
- Huyết động không ổn định
- Tăng áp lực nội sọ (> 20 mmHg)
- Đau
- Mệt mỏi

Kích thích điện cơ – thần kinh NEMS^(1,3)

Là phương pháp kích thích gây co từng nhóm cơ riêng biệt. Kỹ thuật này không đòi hỏi sự gắng sức, hợp tác hay năng động vì vậy thích hợp cho người giảm thông khí nặng và/ hoặc người có bệnh tim mạch trầm trọng bao gồm cả đợt cấp. Máy kích thích điện nhỏ gọn, giá thành rẻ có thể sử dụng tại nhà cho bệnh nhân suy hô hấp nặng vừa ra khỏi đợt cấp hoặc thông khí không xâm lấn tại nhà. Sử dụng sớm trong đợt cấp giúp phòng tránh teo cơ và các bệnh lý thần kinh cơ.

Tập cơ hô hấp:^(5,6)

Mặc dù không được xem như một thành phần bắt buộc, tập vận động cơ hô hấp có thể được thêm vào chương trình phục hồi chức năng hô hấp toàn diện, giúp cải thiện thông khí và giảm bớt khó thở trong sinh hoạt hàng ngày. Luyện tập cơ hô hấp để tăng cường hoạt động của cơ hô hấp nhằm đưa khí vào phổi, chỉ định cho những bệnh nhân có bằng chứng hoặc nghi ngờ yếu cơ hô hấp.

Dụng cụ tập cơ hô hấp là dụng cụ nhỏ gọn, có 2 loại: IMT kháng lực (resistive breathing) và IMT vượt ngưỡng (threshold loading). Cường độ:

40% Pimax, số lần tập trung bình: 30 lần/ 15’.

Giáo dục sức khỏe- Kỹ năng tự xử trí bệnh:^(1,2)

Bảng 2: Các nội dung giáo dục sức khỏe ⁽¹⁾

Các phương pháp tập thở
 Sinh lý hô hấp và sinh lý bệnh học của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
 Sử dụng thuốc đúng cách, bao gồm cả oxy
 Các phương pháp làm sạch phế quản
 Ích lợi của vận động và duy trì các tập luyện thể chất
 Bào toàn năng lượng và các cách đơn giản hóa công việc
 Dinh dưỡng đúng cách
 Cai thuốc lá
 Phòng ngừa và chẩn đoán sớm đợt cấp COPD
 Du lịch, giải trí, tình dục
 Kiểm soát lo âu và sợ hãi, bao gồm cả phương pháp thư giãn và xử trí stress.
 Đối phó với bệnh phổi mạn tính và các chuẩn bị cuối đời.

Giáo dục sức khỏe được xem là một thành phần cần thiết trong chương trình phục hồi chức năng hô hấp và nên nhấn mạnh các kỹ năng tự xử trí của người bệnh. Giáo dục sức khỏe là sự phối hợp của người bệnh, gia đình và các nhân viên y tế và nên được đề cập đến ngay từ lúc chẩn đoán bệnh cho đến cuối đời của người bệnh. Mặc dù chương trình giáo dục sức khỏe riêng lẻ không được chứng minh là giúp cải thiện kết quả điều trị, trong một số nghiên cứu cho thấy giáo dục sức khỏe đem lại hiệu quả về chi phí - lợi ích. Nhiều chương trình giáo dục sức khỏe cho thấy giúp cải thiện tốt tỉ lệ bệnh nhân tuân thủ theo điều trị, bao gồm việc dùng thuốc đều đặn, duy trì các phương pháp điều trị không dùng thuốc như kiên trì cai thuốc lá và không tái nghiện, tiếp tục luyện tập vận động sau phục hồi, thực hiện chế độ ăn phù hợp để duy trì tình trạng dinh dưỡng ổn định. Xây dựng chương trình giáo dục sức khỏe nên chọn lựa các nội dung mà người bệnh cần phải biết và muốn được biết. Khi trình bày nên dùng thông tin ngắn gọn, chính xác, dễ tiếp thu, tránh dài dòng hoặc dễ nhầm lẫn, nên có minh họa bằng hình ảnh và có tài liệu phát tay. Ngoài ra thảo luận nhóm nhỏ giúp người bệnh trao đổi kinh nghiệm lẫn nhau, hỗ trợ tinh thần và cung cấp các phản hồi.

Nội dung: Các nội dung giáo dục sức khỏe thường nhằm trang bị thêm những kiến thức về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính còn khiếm khuyết của người bệnh, nhấn mạnh các kỹ năng tự xử trí áp dụng trong các tình huống thường ngày. Các chủ đề giáo dục sức khỏe được liệt kê ở bảng 2.

Phòng ngừa và điều trị sớm đợt cấp, các phương pháp tập thở và các kỹ thuật làm sạch phế quản là những nội dung quan trọng cần thiết trong chương trình phục hồi chức năng hô hấp.

+ Phòng ngừa và điều trị sớm đợt cấp: Nhiều nghiên cứu chứng minh điều trị sớm đợt cấp giúp thúc đẩy nhanh thời kỳ hồi phục và giảm sử dụng dịch vụ y tế. Người bệnh nên được hướng dẫn sử dụng bảng kế hoạch điều trị được xây dựng một cách cá nhân hóa trước đó để đối phó với các diễn biến sớm của đợt cấp.

+ Các phương pháp tập thở: Các phương pháp tập thở bao gồm thở chúm môi, thở ra chủ động, các tư thế đối phó khó thở và cách phối hợp nhịp nhàng giữa tập thở và các hoạt động thường ngày. Thở chúm môi giúp làm chậm nhịp thở, giảm bớt khó thở, giảm $paCO_2$, cải thiện khí lưu thông và độ bão hòa oxy. Thở ra chủ động và tư thế chồm người ra phía trước giúp giảm bớt khó thở do cải thiện mối liên quan giữa chiều dài và lực căng của cơ hoành. Dùng khung đẩy có bánh xe khi đi bộ giúp chồm người ra phía trước với điểm tựa ở hai tay giúp giảm bớt khó thở và tăng khả năng gắng sức.

+ Các kỹ thuật làm sạch phế quản: Đối với một số bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thường có hiện tượng tăng tiết đàm và hư hỏng chức năng lông chuyên. Những bệnh nhân này nên được hướng dẫn các kỹ thuật dẫn lưu phế quản bao gồm ho hữu hiệu, kỹ thuật thở ra mạnh FET, dẫn lưu tư thế và vỗ rung. Các kỹ thuật này sẽ giúp cải thiện quá trình thanh thải đàm và làm sạch phế quản nhưng không giúp cải thiện chức năng hô hấp.

Hình thức: Các hình thức giáo dục sức khỏe khá đa dạng. Đơn giản và dễ thực hiện nhất là phân phát các tài liệu in ấn tuy nhiên hình thức này đem lại hiệu quả tương đối thấp vì thông tin thụ động và không được nhấn mạnh. Một loại hình khác thường được áp dụng là tổ chức các buổi trình bày để cung cấp thông tin, tốt nhất là có minh họa bằng hình ảnh và có tài liệu phát tay. Hình thức hiệu quả nhất là tổ chức các buổi thảo luận trong các nhóm nhỏ về các nội dung giáo dục sức khỏe vì giúp người bệnh hiểu rõ nội dung thông tin, trao đổi kinh nghiệm và ghi nhận các phản hồi từ phía người bệnh. Người bệnh được khuyến khích tham gia chủ động và hướng đến cuộc sống lành mạnh, tích cực với chất lượng cuộc sống cao. Nhân viên y tế phụ trách về giáo dục sức khỏe không nhất thiết phải là bác sĩ mà

còn có thể là điều dưỡng, kỹ thuật viên, chuyên viên tâm lý... Cần xây dựng mối giao tiếp cởi mở, thân thiện và quan tâm, chú ý đến tâm tư tình cảm và nhu cầu thật sự của người bệnh, phát hiện những vấn đề về tâm lý thường gặp như lo âu, trầm cảm, mất tự tin, ngại giao tiếp...

Xây dựng chương trình phục hồi chức năng hô hấp:

Chương trình phục hồi chức năng hô hấp ngoại trú:⁽¹⁾

Các chương trình tập cho bệnh nhân ngoại trú bao gồm ít nhất 20 buổi tập hay kéo dài 6 – 8 tuần với ít nhất 3 buổi tập mỗi tuần. Các chương trình tập kéo dài đem lại hiệu quả tốt hơn và bền hơn các chương trình ngắn ngày. Người bệnh nên được khuyến khích tập luyện thường xuyên, ít nhất 3 lần mỗi tuần và nên có giám sát để đạt được hiệu quả tối ưu. Có thể chấp nhận những chương trình được thiết kế hai buổi đến tập tại cơ sở y tế và một buổi tập tại nhà có giám sát. Các chương trình với thiết kế chỉ một buổi mỗi tuần cho thấy không có hiệu quả. Mỗi buổi tập nên kéo dài ít nhất 20 - 30 phút; tuy nhiên một số bệnh nhân khó đạt được mức tập luyện này dù có giám sát. Trong trường hợp này nên bố trí những khoảng nghỉ ngắn xen kẽ trong buổi tập và tổng cộng thời lượng tập luyện phải đạt 20 – 30 phút mỗi buổi. Một ví dụ thiết kế chương trình phục hồi chức năng hô hấp kéo dài 8 tuần được trình bày trong bảng 3.

Phục hồi chức năng hô hấp sau đợt cấp:^(2,3,7)

Khả năng gắng sức của người bệnh giảm đáng kể trong và sau đợt cấp, kéo dài nhiều tháng đến nhiều năm sau xuất viện và có liên quan đến nguy cơ tái nhập viện. Một số nghiên cứu gần đây cho rằng phục hồi chức năng hô hấp có thể khởi đầu sớm ngay trong đợt cấp khi bệnh nhân còn đang nằm viện. Khởi đầu phục hồi chức năng hô hấp sớm < 3 tuần sau đợt cấp giúp cải thiện khả năng gắng sức, giảm triệu chứng, tăng CLCS, giảm tử vong và giảm tỉ lệ tái nhập viện.

+ Nếu bệnh nhân nặng, hôn mê, nằm ở khoa Hồi sức/ Sản sóc đặc biệt: chỉ tập vận động thụ động, cử động khớp, kéo giãn cơ, kích thích điện

cơ – thần kinh.

+ Nếu bệnh nhân tỉnh táo: Tập di chuyển trên giường → ngồi cạnh giường → ngồi ghế → đứng → bước đi trong phòng...

Duy trì hiệu quả sau chương trình phục hồi chức năng hô hấp:^(3,8)

Nhiều nghiên cứu cho thấy các hiệu quả đạt được ngay sau chương trình phục hồi chức năng hô hấp sẽ giảm dần về mức căn bản sau 6 – 3 tháng nhưng vẫn còn cho thấy cải thiện so với nhóm chứng sau 1 năm, trong đó hiệu quả về chất lượng cuộc sống được duy trì bền hơn hiệu quả về vận động, đôi khi kéo dài đến 2 năm. Các chiến lược điều trị nhằm duy trì hiệu quả sau phục hồi chức năng hô hấp bao gồm chuyển sang tập vận động duy trì có giám sát hàng tháng và tư vấn giáo dục sức khỏe qua điện thoại hay tổ chức các đợt tập phục hồi chức năng hô hấp nhắc lại định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Thoracic Society, European Respiratory Society ATS/ERS statement: Key concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation – Am J Respir Crit Care Med 2013 Vol188, Iss 8, pp e13 – e64.
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Updated 2018. <http://www.goldcopd.org> American College of Chest Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Pulmonary rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR evidence-based practice guidelines; Chest 2007;131;4S-42S
3. British Thoracic Society Standards of Care Subcommittee on Pulmonary Rehabilitation. Thorax 2001;56:827–834.
4. Magadle R, McConnell AK, Beckerman M, Weiner P. Inspiratory muscle training in pulmonary rehabilitation program in COPD patients. Respir Med 2007;2:1500-5
5. O'Brien K, Geddes EL, Reid WD, Brooks D, Crowe J. Inspiratory muscle training compared with other rehabilitation interventions in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review update. J Cardiopulm Rehabil Prev 2008;28:38-41.
6. Wilkinson T, Donaldson G, Hurst J, Seemungal T, Wedzicha J. Early therapy improves outcomes of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2004;169:398–1303.
7. Guell R, Casan P, Belda J, Sangenis M, Morante F, Guyatt GH, Sanchis J. Long-term effects of outpatient rehabilitation of COPD: a randomized trial. Chest 2000;117:976–983.