LIỆU PHÁP GƯƠNG ĐIỀU TRỊ CHỨNG CHI MA SAU CẮT CỤT CHI DƯỚI - HIỆU QUẢ CÁ THỂ HÓA

Huỳnh Thành Chung[1], Đỗ Phước Hùng[1], Nguyễn Thế Luyến[2]

TÓM TẮT

***Đặt vấn đề**: Hiện tương chi ma (HTCM) xuất hiện phổ biến sau cắt cụt chi dưới với tỷ lệ lên đến 85%. Gương trị liệu với nhiều bài tập là một trong những phương pháp an toàn, chi phí thấp và mang lại hiệu quả tốt trong điều trị HTCM. Cá thể hóa các bài tập có thể là một trong các yếu tố quan trọng.*

***Mục tiêu**: Xác định khả năng dung nạp và hiệu quả các bài tập được cá thể hóa với gương trị liệu trên bệnh nhân có HTCM sau cắt cụt chi dưới.*

***Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu**: từ tháng 01/2020 đến tháng 08/2020 20 bệnh nhân sau cắt cụt chi dưới có HTCM không giảm sau 1 tháng phẫu thuật được đưa vào nghiên cứu tại bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp (PHCN-ĐTBNN). Mỗi bệnh nhân được cấp 1 gương trị liệu và được hướng dẫn thực hiện cá thể hóa các bài tập với gương tại nhà. Sự dung nạp được đánh giá bằng cảm nhận của bệnh nhân sau mỗi lần tập. Hiệu quả cải thiện HTCM được đánh giá bằng tổng thời gian đau, cường độ đau, mức độ dùng thuốc và số điểm trầm cảm theo thang điểm CESD.*

***Kết quả**: Bệnh nhân nam chiếm 90%. Nguyên nhân do chấn thương chiếm đa số (80%). Thời gian theo dõi trung bình là 4 tháng. Trong lần tập đầu tiên, 55% bệnh nhân đáp ứng tốt với tất cả các bài tập trong 3 nhóm mà chúng tôi đưa ra, 45% còn lại được loại bỏ một số bài tập gây khó chịu nhưng tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu vẫn đảm bảo thực hiện được 3 nhóm bài tập. Khi bắt đầu tập, 25% bệnh nhân có khả năng tập hết tầm vận động hiện có không gây ra khó chịu với thời gian tập trung bình cho những bài tập đã chọn lọc là 6 phút. Khi kết thúc chương trình 1tháng,100% bệnh nhân có thể tập hết tầm vận động không khó chịu với thời gian tập 15 phút cho một buổi tập. Thời gian và cường độ hiện tượng chi ma giảm đáng kể sau thời gian tập các bài tập cá thể hóa với gương trị liệu. Tất cả bệnh nhân đều có số điểm trầm cảm CESD giảm mạnh sau 1 tháng tập gương ($p < 0,05$). Hiệu quả cải thiện này tiếp tục được duy trì ghi nhận ở thời gian kết thúc nghiên cứu.*

***Kết luận**: Cá thể hóa bài tập gương trị liệu làm tăng khả năng tuân thủ và dung nạp bài tập của bệnh nhân; giảm đáng kể cường độ và hiện tượng chi ma, mức độ dùng thuốc và điểm trầm cảm. Liệu pháp này nên được áp dụng rộng rãi.*

***Từ khóa**: gương trị liệu cá thể hóa, hiện tượng chi ma*

ABSTRACT

MIRROR THERAPY FOR PHANTOM LIMB PHENOMENON IN LOWER LIMB AMPUTEES – THE EFFECT OF PERSONALIZATION

Huynh Thanh Chung, Do Phuoc Hung, Nguyen The Luyen

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 26 - No 1 - 2022: 214-220

***Background:** Phantom limb phenomenon (PLP) usually happens after a lower limb amputations with the prevelance about 85%. Mirror therapy with several exercises is a safety effective and low cost to treat the disorder. Personalization of the exercises could be one of the most significant factor to contribute to the success.*

***Objectives:** To identify the ability of tolerance for the exercises of mirror therapy and their effectiveness on PLP after lower limb amputation.*

[1]Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh [2]Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
Tác giả liên lạc: BSCK1. Huỳnh Thành Chung *ĐT:* 097599237 *Email:* huynhthanhchung296@gmail.com

***Method**: From Janury 2020 to August 2020, 20 patients who were lower limb amputees and still suffered persistent PLP more than 1 month after amputation were involed in the study at HCMC Hospital for Rehabilitation and Professional Diseases. Each patient would do three groups of exercises with an individual mirror at home and then decided which ones would be appropriate. The tolerance of exercersies was evaluated by the patient's feeling after trying exercises, the duration of doing exercise and the ability of finishing pain-free full ROM exercises. The outcome was measured by the duration and intensity of pain, the condition of taking medicines, and the score of CESD.*

***Results:** Men and the cause of injury were accounted for 90% and 80% of the cases, respectively. The average of follow-up time was 4 months. In the first time of trying exercises, 55% responded well to all exercises; the remaining of 45% were refused to continuing some uncomfortable exercises. However, all the patients were able to do at least some kinds of exercises in 3 groups. 80% patients reported to fell better. Only 25% of patients could be able to finish full ROM exercises in 6 minutes without feeling uncomfortable. After finishing mirror-therapy program in one month, 100% of patient could fell free to do the full ROM exercises in 15 minutes. The duration and intensity of PLP significantly reduced. The CESD score remarkably dipped after a month ($p < 0.05$). The effectiveness continued to be stable at the end of the study.*

***Conclusions:** The personalized exercises could increase the ability of tolerance and compliance with mirror therapy, decrease the intensity of phantom phenomenon, the frequency of using medicines and the score of depression. The therapy should be widely applied.*

***Keywords:** personalized mirror therapy, phantom limb phenomenon*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện tượng chi ma (HTCM) bao gồm đau chi ma và cảm giác chi ma là di chứng kinh điển sau cắt cụt chi[1,2], có thể chiếm tỉ lệ lên đến 85%[3,4,5]. HTCM làm tăng nguy cơ trầm cảm, tăng nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau, ảnh hưởng đến chất lượng sống [6,7].

Một trong những phương pháp được đánh giá là an toàn, hiệu quả với chi phí thấp là gương trị liệu, được báo cáo lần đầu tiên bởi Ramachandran VS năm 1996[8]. Các hướng dẫn tập phong phú với gương trị liệu sau đó ra đời đáp ứng với sự khác nhau của bệnh nhân về các đặc tính liên quan đến cắt cụt, yếu tố cá nhân, môi trường và văn hoá.

Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu về hiệu quả liệu pháp gương trị liệu trong điều trị HTCM với khuynh hướng cá thể hoá [9,10,11]. Tuy nhiên tại Việt Nam, nghiên cứu còn khá hạn chế. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định khả năng dung nạp bài tập sau khi cá thể hóa và hiệu quả cải thiện HTCM và trầm cảm trên bệnh nhân sau cắt cụt chi dưới và bằng gương trị liệu tại nhà.

ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Trên 20 bệnh nhân sau cắt cụt chi dưới có HTCM không giảm sau 1 tháng phẫu thuật từ tháng 01/2020 đến tháng 08/2020 tại khoa Ngoại chỉnh hình bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp TP. HCM.

Tiêu chí chọn mẫu

Tuổi từ 18, cắt cụt một bên chi dưới, mỏm cụt không nhiễm trùng hoặc chảy máu, có HTCM không cải thiện sau 1 tháng cắt cụt.

Tiêu chuẩn loại

Bệnh nhân rối loạn nhận thức, khiếm khuyết thị giác hoặc không tuân thủ điều trị.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hàng loạt trường hợp.

Qui trình thực hiện

Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu sẽ được khảo sát, đánh giá ban đầu ghi nhận thông tin, nhận dụng cụ và được hướng dẫn bài tập bằng gương, có tổng 11 bài tập

dành cho bệnh nhân. Chương trình tập luyện dựa trên hướng dẫn của Hà Lan[12] và hướng dẫn quy trình gương trị liệu cho HTCM của Bộ y tế[13]. Các bài tập được chọn mang tính chất thiết yếu, trong đó bao gồm: hỗ trợ đánh lừa thị giác, bài tập cảm giác, bài tập vận động cơ bản. Bệnh nhân sẽ sàng lọc và chọn lựa các bài tập sở thích của họ để cá thể hóa và tối ưu hóa hiệu quả tập gương.

Nghiên cứu của chúng tôi sẽ cá thể hóa các khía cạnh sau đây trong bài tập[12]:

- Bài tập cụ thể trong 3 nhóm bài tập.

- Tầm vận động của bài tập trong nhóm bài tập vận động.

- Mức độ kích thích cảm giác trong nhóm bài tập cảm giác.

- Thời gian thực hiện bài tập trong 1 buổi tập.

Buổi trị liệu đầu tiên được xem là quan trọng. Trước khi tập với gương giải thích rõ với bệnh nhân và thực hiện theo nguyên tắc [12]:

- Mục tiêu điều trị.

- Các vấn đề có thể xảy ra trong lúc tập.

- Tập các bài tập trong tầm độ không gây khó chịu, mang đến sự thoải mái.

- Bắt đầu tập luyện từ vùng không đau đến vùng đau. Tập với vùng không đau để cho bệnh nhân thích ứng với việc tập luyện, sau đó tiến lại vùng đau.

- Đối với bài tập vận động: mức độ phức tạp và tầm vận động của bài tập cũng được tăng tiến từ từ đến dưới ngưỡng gây khó chịu cho bệnh nhân.

- Đối với bài tập cảm giác: tập những cảm giác kích thích nhẹ đến những kích thích khó hơn và tùy thuộc nhiều vào sở thích của bệnh nhân.

- Trọng số của bài tập vận động và cảm giác sẽ thay đổi tùy vào từng bệnh nhân, có những bệnh nhân sẽ tập bài tập vận động nhiều hơn cảm giác và ngược lại.

Bệnh nhân được yêu cầu tập các bài tập đã được cá thể hóa 2 lần/ngày, thời gian tùy theo khả năng của bệnh nhân nhưng khuyến cáo để đạt hiệu quả cần tập mỗi lần ít nhất 15 phút. Trong tuần đầu tiên, nghiên cứu viên gọi điện kiểm tra, nhắc nhở bệnh nhân mỗi 2 ngày, sau đó mỗi tuần 1 lần trong quá trình tập gương 1 tháng. Bệnh nhân sẽ được đánh giá hiệu quả HTCM ở hai thời điểm hoàn thành 1 tháng tập gương và khi kết thúc nghiên cứu *(Hình 1)*.

Hình 1: *Bài tập với gương (Nguồn: Hình chụp thực tế)*

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng gương mica dày 3mm có tấm đệm góp phần tăng cường sự ổn định, chắc chắn của gương. Kích thước gương sẽ có chiều dài và chiều rộng phù hợp sao cho hình ảnh phản chiếu của chân trong quá trình tập luyện nằm trọn trong gương.

Hiệu quả được đánh giá bằng tổng thời gian đau, mức độ dùng thuốc giảm đau, thang điểm VAS và CESD đánh giá mức độ trầm cảm; hiệu quả cá thể hóa được đánh giá dựa vào cảm nhận lần tập đầu tiên, thời gian 1 lần tập, khả năng thực hiện hết tầm vận động.

Phân tích số liệu

Tất cả quy trình phân tích sử dụng phần mềm Stata 14.2.

Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, số: 58/HĐĐĐ ngày 13/01/2020.

KẾT QUẢ

Đối tượng tham gia vào nghiên cứu từ 35 tuổi trở lên chiếm 55% và nam giới chiếm đa số (90%). Cắt cụt quanh gối chiếm 60% Xét về đặc điểm bệnh lý, bệnh nhân cắt cụt chi phần lớn do chấn thương và hiện tượng đau chi ma xuất hiện phổ biến hơn hiện tượng cảm giác chi ma *(Bảng 1)*.

Bảng 1*: Đặc điểm nhân khẩu học và bệnh lý của bệnh nhân (n=20)*

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
18 – 34 tuổi	9	45,0
≥35 tuổi	11	55,0
Giới tính		
Nam	18	90,0
Nữ	2	10,0
Nguyên nhân cắt cụt		
Chấn thương	16	80,0
Đái tháo đường	2	10,0
Nhiễm trùng	1	5,0
Mạch máu	1	5,0
Tầm mức cắt cụt		
Bàn chân	5	25,0
Cổ chân	1	5,0
Dưới khớp gối	5	25,0
Trên khớp gối	7	35,
Tháo khớp hang	1	5,0
Cắt bán phần xương chậu	1	5,0
Loại hiện tượng chi ma		
Đau chi ma	11	55,0
Cảm giác chi ma	9	45,0
Thời gian theo dõi sau tập (TV-KTPV)		
Đau chi ma	4 (4-5) tháng	
Cảm giác chi ma	4 (3-4) tháng	

Trong lần tập đầu tiên, 80% bệnh nhân cảm thấy dễ chịu, 4 % cảm thấy không có sự khác biệt và không có bệnh nhân cảm thấy khó chịu trong lúc tập *(Bảng 2)*.

Bảng 2*: Cảm nhận của bệnh nhân trong lần tập đầu tiên (n=20)*

Cảm nhận trong lần tập đầu tiên	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Dễ chịu	16	80
Không thấy sự khác biệt	4	20
Gây khó chịu	0	0

Trong buổi tập đầu tiên có 10% bệnh nhân đạt hết tầm vận động với các bài tập đã được chọn lựa mà không gây khó chịu, sau đó số lượng bệnh nhân dung nạp với sự tăng dần tầm vận động lên 90 % ở tháng thứ 1 và 100% sau khi kết thúc tập gương.

Thời gian trung vị trong lần tập đầu là 6 phút, sau 1 tháng tăng lên 20 phút và sau khi kết thúc tập gương là 25 phút. Mốc thời gian tối thiểu theo hướng dẫn là 15 phút, trong đó trong buổi tập đầu tiên chỉ có 25% bệnh nhân có thể thực hiện được 15 phút, khả năng dung nạp ngày càng tăng với mốc 1 tháng là 90% bệnh nhân và sau khi kết thúc tập gương 100% bệnh nhân có thể thực hiện ít nhất 15 phút *(Bảng 3)*.

Bảng 3*: Khả năng dung nạp bài tập của bệnh nhân sau khi được cá thể hóa (n=20)*

Khả năng tập luyện với gương	Buổi đầu tiên	Sau 1 tháng	Sau kết thúc tập gương
Đạt hết tầm vận động không gây khó chịu	2 (10%)	18 (90%)	20 (100%)
Khả năng hoàn thành 15 phút/ một buổi tập	5 (25%)	18 (90%)	20 (100%)
Thời gian trung vị tập trong một buổi	6 (3-12)	20 (15-23)	20 (17-23)

Toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đáp ứng tốt và có khả năng hoàn thành đầy đủ cả 3 nhóm bài tập: nhóm hỗ trợ đánh lừa thị giác, bài tập cảm giác, bài tập vận động cơ bản. Bên cạnh đó, có 55% bệnh nhân có thể thực hiện tất cả 11 bài tập trong lần tập đầu

mà không gây khó chịu. Để tăng được khả năng hoàn thành bài tập, ngay từ buổi trị liệu đầu tiên chúng tôi vẫn hướng dẫn bệnh nhân tập theo nguyên tắc tăng dần mức độ khó của bài tập *(Bảng 4)*.

Qua phân tích *(Bảng 5, 6 và 7)* cho thấy cường độ đau chi ma, thời gian chi ma và điểm trầm cảm giảm sau thời gian tập gương trên cả hai nhóm bệnh nhân đau chi ma và cảm giác chi ma. Mức độ sử dụng thuốc cũng giảm xuống hoàn toàn không sử dụng ở bệnh nhân đau chi ma và còn lại phần nhỏ ở bệnh nhân có cảm giác chi ma. Tất cả sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

Xét về kết quả duy trì sau tập gương đến hết thời gian theo dõi, cường độ đau chi ma và thời gian chi ma, điểm trầm cảm tiếp tục giảm.

***Bảng 4**: Chọn lựa các bài tập phù hợp cho bệnh nhân (n=20)*

Bài tập	Tần số	Tỷ lệ (%)
Gấp-duỗi các ngón chân	20	100
Gập duỗi cổ chân	20	100
Xoay bàn chân	20	100
Gập duỗi gối	20	100
Dạng – khép háng	11	55
Lăn bàn chân trên bóng tennis	20	100
Kích thích bàn chân với cọ dài	20	100
Sờ chạm chân bằng các ngón tay	20	100
Sờ chân bằng lòng bàn tay	20	100
Nhặt đá bằng ngón chân vào chén	12	60
Viết chữ bằng chân trong không khí	13	65
Khác	0	0

***Bảng 5**: Kết quả cải thiện HTCM thời điểm kết thúc tập gương (n=20)*

	Đau chi ma (n=11)			Cảm giác chi ma (n=9)		
	Trước tập gương	Kết thúc tập gương	Giá trị p	Trước tập gương	Kết thúc tập gương	Giá trị p
VAS	4 (4-5)	1 (0-2)	0,003[a]	5 (3-5)	2 (1-3)	0,012[a]
Thời gian HTCM/ngày	150 (105-240)	10 (5-15)	0,003[a]	450 (80-450)	15 (5-40)	0,009[a]
Dùng thuốc giảm đau n (%)						
Không	1 (9,1)	11 (100)	<0,001[b]	1 (11,1)	7 (77,8)	0,015[b]
Có	10 (90,9)	0 (0)		8 (88,9)	2 (22,2)	

***Bảng 6**: Kết quả cải thiện HTCM thời điểm kết thúc nghiên cứu (n=20)*

	Đau chi ma (n=11)			Cảm giác chi ma (n=9)		
	Kết thúc tập gương	Kết thúc nghiên cứu	Giá trị p	Kết thúc tập gương	Kết thúc nghiên cứu	Giá trị p
VAS	1 (0-2)	0 (0-1)	0,030[a]	2 (1-3)	1 (1-3)	0,317[a]
Thời gian HTCM/ngày	10 (5-15)	0 (0-1)	0,005[a]	15 (5-40)	6 (1-45)	0,094[a]
Dùng thuốc giảm đau n (%)						
Không	11 (100)	11 (100)	1,000[b]	7 (77,8)	9 (100)	0,471[b]
Có	0 (0)	0 (0)		2 (22,2)	0 (0)	

***Bảng 7**: Kết quả cải thiện triệu chứng trầm cảm (n=20)*

	Trước tập gương	Kết thúc tập gương	Kết thúc nghiên cứu	P (trước tập – kết thúc	P (kết thúc tập – nghiên cứu)
Điểm CES-D	17 (14-24,5)	8 (4-12,5)	4,5 (2,5-10)	<0,001[a]	<0,001[a]
Trầm cảm n (%)					
Không	7 (35,0)	18 (90,0)	19 (95,0)	<0,001[c]	1,000[b]
Có	13 (65,0)	2 (10,0)	1 (5,0)		

[a] *Kiểm định Wilcoxon signed-rank* [b] *Kiểm định Fisher* [c] *Kiểm định Chi bình phương*

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân dẫn đến bệnh nhân bị cắt cụt do chấn thương chiếm phần lớn. Bệnh nhân đau chi ma nhiều so với bệnh nhân cảm giác chi ma, đồng thời cũng chưa ghi nhận trường hợp nào có cả hai hiện tượng đau chi ma và cảm giác chi ma.

Mặc cho cách thức gương trị liệu tác động lên hệ thống trung ương và giảm đau như thế nào thì một trong những chìa khóa cho sự thành công là vấn đề tuân thủ điều trị của bệnh nhân.

Bệnh nhân sẽ dễ dàng tuân thủ hơn nếu chương trình bao gồm các bài tập đơn giản và bệnh nhân dễ dàng thực hiện được. Một điều cũng không kém phần quan trọng để tăng khả năng tuân thủ là chọn lựa bài tập phù hợp trong lần đầu mang đến trải nghiệm dễ chịu và thoải mái cho bệnh nhân. Đó là lý do tại sao chúng tôi đã xây dựng một chuỗi bài tập dựa trên sở thích của bệnh nhân. Chúng tôi sẽ chọn ra các bài tập cụ thể trong từng nhóm mà bệnh nhân đáp ứng tốt như thoải mái, không gây khó chịu và bệnh nhân có thể dễ dàng tự thực hiện. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tốt và có khả năng hoàn thành đầy đủ cả 3 nhóm bài tập. Việc sàng lọc, cá nhân hóa bài tập cho bệnh nhân sẽ làm tối ưu khả năng bệnh nhân có thể thực hiện, đồng thời góp phần tăng hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

Trong buổi tập đầu tiên chỉ có 10% bệnh nhân đạt hết tầm vận động với các bài tập đã được chọn lựa mà không gây khó chịu, sau đó số lượng bệnh nhân dung nạp với sự tăng dần tầm vận động lên 90% ở tháng thứ 1 và 100% sau khi kết thúc tập gương. Nhưng đổi lại có 80% bệnh nhân cảm thấy thoải mái trong buổi đầu tập luyện và không có bệnh nhân nào cảm thấy khó chịu. Điều đó cho thấy nếu chỉ đưa ra các bài tập mà không được cá nhân hóa thì bệnh nhân sẽ gặp khó khăn trong lần tập gương, tạo ra những khó chịu không mong muốn, ảnh hưởng đến sự tuân thủ cho bệnh nhân.

Thời gian trung vị trong lần tập đầu là 6 phút, sau 1 tháng tăng lên 20 phút và sau khi kết thúc tập gương vẫn giữ được mức 20 phút. Mốc thời gian tối thiểu theo hướng dẫn là 15 phút, trong đó trong buổi tập đầu tiên chỉ có 25% bệnh nhân có thể thực hiện được 15 phút, khả năng dung nạp ngày càng tăng với mốc 1 tháng là 90% bệnh nhân và sau khi kết thúc tập gương 100% bệnh nhân có thể thực hiện ít nhất 15 phút. Thời gian bệnh nhân có thể thực hiện trong một buổi tập phụ thuộc vào nhiều yếu tố trong đó bao gồm: ý chí, sức bền toàn thân, tình trạng chi cắt cụt cũng như tình trạng chi ma. Kết quả trên cho thấy ngay cả khi cá nhân hóa bài tập cho bệnh nhân thì bệnh nhân cũng chỉ có thể thực hiện các bài tập đơn giản trong thời gian ngắn, nhưng khi chọn lựa được bài tập phù hợp và tăng dần mức độ khó ngày qua ngày thì khả năng dung nạp bài tập của bệnh nhân ngày càng tăng dẫn đến tăng khả năng tuân thủ và nâng cao hiệu quả của việc tập gương.

Sau khi đạt được những mong đợi của quá trình cá thể hóa bài tập gương, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hiệu quả cải thiện các đau chi ma về cả thời gian và cường độ khi so sánh giữa thời điểm bắt đầu và sau một tháng tập gương. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Chan BL (2007)[9], Brodie EE (2007)[14], tác giả Sumitani M (2008)[15] cũng sử dụng thang VAS. Thời gian ĐCM trong ngày cũng giảm đáng kể tương đồng với tác giả Finn SB (2017)[16]. Tương tự với đau chi ma, cường độ và thời gian CGCM cũng giảm đáng kể sau thời gian tập luyện, kết quả cũng tương đồng với tác giả Brodie EE (2007)[14] .Chúng tôi tiếp tục theo dõi bệnh nhân sau ngừng tập, thời gian theo dõi trung bình của chúng tôi là 4 tháng. Qua phân tích, chúng tôi nhận thấy thời gian và cường độ HTCM trong ngày không những được duy trì mà còn tiếp tục giảm trong thời gian theo dõi, ở bệnh nhân ĐCM, kết quả còn có ý nghĩa thống kê. Với sự cải thiện này, chúng tôi cũng mong đợi những tác dụng kèm theo như giảm nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau, tăng cường tối đa hoạt động chức năng của bệnh nhân.

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trầm cảm cũng giảm đáng kể sau thời gian tập gương và tiếp tục giảm trong thời gian theo dõi. Kết quả tác giả Darnall BD (2012)[10] cũng cho kết quả tương đồng. Nghiên cứu chúng tôi cũng ghi nhận được mối tương quan giữa cường độ HTCM và thời gian HTCM trong ngày với triệu chứng trầm cảm, có mối tương quan thuận, mức độ trung bình. Tuy nhiên, do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế nên trong tương lai cần có những nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn để kết luận mối tương quan và mối

quan hệ nhân quả rõ ràng hơn.

KẾT LUẬN

Cá thể hóa các bài tập gương trị liệu làm tăng khả năng tuân thủ và dung nạp bài tập của bệnh nhân; giảm đáng kể cường độ và hiện tượng chi ma, mức độ dùng thuốc và điểm trầm cảm sau một tháng tập luyện. Gương trị liệu cá thể hóa nên được áp dụng rộng rãi hơn cho bệnh nhân sau cắt cụt chi dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mishra A (2014). Lower Limb Amputations, Conference: Surgery Update 2014 at New Delhi, India, pp.1-2.
2. Ajibade A, Akinniyi OT, Okoye CS (2013). Indications and complications of major limb amputations in Kano, Nigeria. *Ghana Med J*, 47(4):185-188.
3. Jaeger H, Maier C (1992). Calcitonin in phantom limb pain: a double-blind study. *Pain*, 48(1):21-27.
4. Sherman RA, Sherman CJ (1983). Prevalence and characteristics of chronic phantom limb pain among American veterans. Results of a trial survey. *Am J Phys Med*, 62(5):227-238.
5. Sin EI, Thong SY, Poon KH (2013). Incidence of phantom limb phenomena after lower limb amputations in a Singapore tertiary hospita. *Singapore Med J*, 54(2):75-81.
6. Keil G (1990). So-called initial description of phantom pain by Ambroise Paré. "Chose digne d'admiration et quasi incredible": the "douleur ès parties mortes et amputées". *Fortschr Med*, 108(4):62-66.
7. Padovani MT, Martins MR, Venancio A, et al (2015). Anxiety, depression and quality of life in individuals with phantom limb pain. *Acta Ortop Bras*, 23(2):107-110.
8. Ramachandran VS, Rogers-Ramachandran D (1996). Synaesthesia in phantom limbs induced with mirrors. *Proc Biol Sci*. 263(1369):377-386.
9. Chan BL, Witt R, Charrow AP, et al (2007). Mirror therapy for phantom limb pain. *N Engl J Med*, 357(21):2206-2207.
10. Darnall BD, Li H (2012). Home-based self-delivered mirror therapy for phantom pain: a pilot study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(3):254-260.
11. Yildirim M, Kanan N (2016). The effect of mirror therapy on the management of phantom limb pain. *Agri*, 28(3):127-134.
12. Rothgangel A, Braun S, de Witte L, et al (2016). Development of a Clinical Framework for Mirror Therapy in Patients with Phantom Limb Pain: An Evidence-based Practice Approach. *Pain Pract*, 16(4):422-434.
13. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phục hồi chức năng (Đợt 2), pp.180-182. *Nhà Xuất Bản Y Học Hà Nội*.
14. Brodie EE, Whyte A, Niven CA (2007). Analgesia through the looking-glass? A randomized controlled trial investigating the effect of viewing a 'virtual' limb upon phantom limb pain, sensation and movement. *Eur J Pain*, 11(4):428-436.
15. Sumitani M, Miyauchi S, McCabe CS, et al (2008). Mirror visual feedback alleviates deafferentation pain, depending on qualitative aspects of the pain: a preliminary report. *Rheumatology (Oxford)*, 47(7):1038-1043.
16. Finn SB, Perry Briana, N, Clasing Jay E, et al (2017). A Randomized, Controlled Trial of Mirror Therapy for Upper Extremity Phantom Limb Pain in Male Amputees. *Frontiers in Neurology*, 8:267.

Ngày nhận bài báo: *08/12/2021*
Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: *10/02/2022*
Ngày bài báo được đăng: *15/03/2022*