

BỘ Y TẾ

**HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU
TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
CHO NGƯỜI BỆNH
CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO**

(Ban hành kèm theo Quyết định số 5623 /QĐ-BYT ngày 21/9/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

(Tài liệu Hướng dẫn chung)

Hà Nội, năm 2018

Tài liệu này được xây dựng với sự hỗ trợ của USAID trong khuôn khổ dự án “Tăng cường Chăm sóc Y tế và Đào tạo Phục hồi chức năng” do tổ chức Humanity & Inclusion thực hiện

MỤC LỤC

| | |
|---|-----------|
| 1. Giới thiệu..... | 1 |
| 1.1. Sự Cần thiết của Tài liệu Hướng dẫn | 1 |
| 1.2. Đối tượng sử dụng tài liệu hướng dẫn | 2 |
| 1.3. Mục đích của tài liệu hướng dẫn | 2 |
| 1.4. Mục đích..... | 2 |
| 1.5. Các Mức độ chứng cứ..... | 3 |
| 1.6. Giám sát và Cung cấp Dịch vụ | 3 |
| 1.7. Định nghĩa CTSN | 4 |
| 1.8. Dịch tễ học CTSN | 4 |
| 1.9. Phòng ngừa CTSN..... | 5 |
| 2. Chuyển tuyến và Nguyên tắc của Phục hồi chức năng CTSN..... | 6 |
| 2.1. Giới thiệu..... | 6 |
| 2.2. Quy trình Phục hồi chức năng | 7 |
| 2.3. ICF..... | 7 |
| | 8 |
| 2.4. Chăm sóc lấy Người bệnh và Gia đình làm Trung tâm | 8 |
| 2.5. Bình đẳng giới trong sức khỏe..... | 9 |
| 2.6. Tổ chức Các dịch vụ Phục hồi chức năng | 10 |
| 2.7. Tiếp cận Đa chuyên ngành | 10 |
| 2.8. Quan niệm về Phục hồi chức năng CTSN | 11 |
| 2.9. Quy trình giới thiệu chuyên tuyến..... | 13 |
| 3. Quy trình Phục hồi chức năng..... | 20 |
| 3.1 Sàng lọc và Lượng giá..... | 20 |
| 3.2 Thiết Lập Mục Tiêu..... | 20 |
| 3.3. Các Chiến lược Xử lý và Phòng ngừa | 21 |
| 4. Tóm tắt vai trò của Nhóm Đa Chuyên Ngành (MDT) | 36 |
| 4.1. Bác sĩ | 37 |
| 4.2. Điều dưỡng | 38 |
| 4.3. Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu..... | 38 |
| 4.4. Kỹ thuật viên Hoạt động trị liệu | 40 |
| 4.5. Kỹ thuật viên Ngôn ngữ trị liệu..... | 41 |
| 4.6. Nhân viên Xã hội..... | 42 |
| 4.7. Nhân viên tâm lý học lâm sàng | 42 |
| 4.8. Kỹ thuật viên chỉnh hình | 43 |
| 4.9. Chuyên viên dinh dưỡng | 43 |
| 5. Hỗ trợ và Giám sát Thực hiện Tài liệu Hướng dẫn này trong Bệnh viện | 44 |
| Tài liệu tham khảo..... | 46 |
| Phụ lục | 48 |

Danh mục chữ viết tắt

TIẾNG VIỆT

| | |
|-------------|---------------------|
| CTSN | Chấn thương sọ não |
| HDTL | Hoạt động trị liệu |
| NNTL | Ngôn ngữ trị liệu |
| PHCN | Phục hồi chức năng |
| SHHN | Sinh hoạt hàng ngày |
| VLTL | Vật lý trị liệu |

TIẾNG ANH

| | |
|-------------|--|
| ABC | Airways, breathing and circulation Đường dẫn khí, thở, tuần hoàn |
| ADL | Activities of Daily Living Sinh hoạt hàng ngày |
| BP | Blood pressure Huyết áp |
| CAT | Computed axial tomography Chụp cắt lớp vi tính |
| FEES | Fibreoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing Đánh giá Nuốt bằng nội soi mềm |
| FIM | Functional independence measure Đo lường Độc lập Chức năng |
| FPS | Faces pain scale Thang điểm vẽ mặt (đau) |
| GCS | Glasgow coma scale Thang điểm hôn mê Glasgow |
| GP | General Practitioner Bác sĩ đa khoa |
| GUSS | Gugging Swallowing Screen Sàng lọc Nuốt Gugging |
| HR | Heart rate Nhịp tim |
| ICF | International classification of functioning, disability and health Phân loại Quốc tế về Hoạt động chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe |
| ICU | Intensive care unit Đơn vị chăm sóc tích cực |
| LOC | Loss of consciousness Mất ý thức |
| MAS | Modified Ashworth scale Thang điểm Ashworth có chỉnh sửa |

| | |
|------|--|
| MASA | Mann Assessment of Swallowing Ability Lượng giá Khả năng nuốt của Mann |
| MDT | Multidisciplinary team Nhóm đa ngành |
| MoH | Ministry of health Bộ Y tế |
| MRI | Magnetic resonance imaging Chụp cộng hưởng từ |
| NGO | Non-governmental organisation Tổ chức phi chính phủ |
| NRS | Numeric rating scale Thang điểm số |
| OT | Occupational therapy/Occupational therapist Hoạt động trị liệu/Kỹ thuật viên Hoạt động trị liệu |
| PDOC | Prolonged disorders of consciousness Các rối loạn ý thức kéo dài |
| PT | Physiotherapy/Physiotherapist Vật lý trị liệu/Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu |
| RR | Respiration rate Nhịp thở |
| SALT | Speech and language therapy/Speech and language therapist Ngôn ngữ trị liệu/Kỹ thuật viên Ngôn ngữ trị liệu |
| TBI | Traumatic brain injury Chấn thương sọ não |
| VAS | Visual analogue scale Thang điểm nhìn (liên tục) |
| VDS | Verbal descriptor scale Thang điểm (mô tả) lời |
| WHO | World health organization Tổ chức Y tế Thế giới |

1. Giới thiệu

1.1. Sự cần thiết của Tài liệu Hướng dẫn

Hiện nay nhu cầu phục hồi chức năng sau chấn thương sọ não (CTSN) đang rất lớn. Phần lớn bệnh nhân sống sót sau CTSN được cho xuất viện về nhà và không được phục hồi chức năng một cách thích hợp. Các đơn vị chăm sóc tích cực (ICU) thường bị quá tải, đặc biệt là với những bệnh nhân sống sót sau CTSN nhưng vẫn còn bị các tình trạng rối loạn ý thức kéo dài. Một số bệnh nhân có thể được cho xuất viện do thiếu điều kiện về mặt tài chính¹.

Một trong những mục tiêu của Bộ Y tế (BYT) là "Củng cố, phát triển mạng lưới cơ sở phục hồi chức năng, nâng cao chất lượng dịch vụ phục hồi chức năng; tăng cường phòng ngừa khuyết tật, phát hiện sớm, can thiệp sớm và cải thiện chất lượng cuộc sống của người khuyết tật về mọi mặt để người khuyết tật được hòa nhập và tham gia bình đẳng vào các hoạt động trong xã hội, và đóng góp hiệu quả vào sự phát triển của cộng đồng nơi họ sinh sống." (BYT, 2014)

Với quan điểm này, hướng dẫn để hiện thực hoá mong muốn cải thiện các dịch vụ phục hồi chức năng là cần thiết. Hiện tại đã có các hướng dẫn chăm sóc phục hồi chức năng cho các tình trạng bệnh lý và chấn thương thường gặp ở Việt Nam và đã được Bộ Y tế thông qua vào năm 2014. Các hướng dẫn này gồm hai tài liệu chính:

- "Hướng dẫn Chẩn đoán, Điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng" mô tả các yêu cầu và thủ tục phải tuân theo liên quan đến chẩn đoán, chăm sóc và theo dõi phục hồi chức năng, và
- "Hướng dẫn Quy trình Kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng", mô tả các kỹ thuật phục hồi chức năng hiện có cũng như các lĩnh vực áp dụng, chỉ định, chống chỉ định và các kết quả mong đợi.

Bộ Y tế cũng đã xây dựng các hướng dẫn về Chấn thương sọ não. Các hướng dẫn này tạo nên một nền tảng khá vững chắc cho việc xây dựng bổ sung các Hướng dẫn Chung và Chuyên ngành mới nhất, dựa trên các kết quả nghiên cứu mới và phù hợp với các hướng dẫn phục hồi chức năng dựa trên bằng chứng của quốc tế, vừa thích ứng với hoàn cảnh của Việt Nam.

Một nhóm gồm nhiều chuyên gia trong nước và quốc tế đã đóng góp vào việc xây dựng các Hướng dẫn Chung và Chuyên ngành cập nhật cho người bệnh Chấn thương sọ não.

Tài liệu Hướng dẫn Chung về Phục hồi chức năng cho người bệnh Chấn thương sọ não này đưa ra các khuyến cáo và hướng dẫn chung về loại hình chăm sóc PHCN cần được cung cấp cũng như các khuyến cáo "cắt ngang" về các yêu cầu về hệ thống tổ chức, chăm sóc đa ngành và toàn diện, chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, hỗ trợ gia đình và sự tham gia của gia đình, các tuyến chăm sóc và các hình thức chuyển tuyến, xuất viện và theo dõi, tái hoà nhập cộng đồng và tham gia vào xã hội.

1.2. Đối tượng sử dụng tài liệu hướng dẫn

Hướng dẫn sẽ hữu ích cho bất kỳ chuyên gia nào có quan tâm đến PHCN chấn thương sọ não bao gồm các bác sĩ, bác sĩ thần kinh, bác sĩ PHCN, điều dưỡng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu, chuyên viên dinh dưỡng, kỹ thuật viên chỉnh hình, dược sĩ, nhà tâm lý học, các chuyên viên về y tế công cộng, nhân viên xã hội, cộng tác viên cộng đồng, người bệnh chấn thương sọ não, gia đình và người chăm sóc.

1.3. Mục đích của tài liệu hướng dẫn

Các hướng dẫn này có mục đích là một hướng dẫn nguồn để PHCN cho những người bệnh bị chấn thương sọ não ở Việt Nam. Các hướng dẫn này không mang tính chỉ định. Các hướng dẫn đưa ra một số ý tưởng về cách xử lý nhưng, tùy thuộc vào hoàn cảnh địa phương, không phải tất cả các hoạt động đều phải được thực hiện. Trong một số trường hợp, các hoạt động cần được điều chỉnh tùy theo hoàn cảnh địa phương.

Ý định của các hướng dẫn không chỉ là một nguồn tài liệu thực hành mà còn là một phương tiện giáo dục để hỗ trợ tất cả nhân viên y tế và cộng đồng về những điều cần phải thực hiện nhằm tạo điều kiện thuận lợi cho sự phục hồi của người bệnh chấn thương sọ não đạt được kết quả tốt.

Các hướng dẫn cũng giúp mọi người nhận thức rõ hơn về vai trò và chức năng của những người có liên quan đến PHCN cho người bệnh chấn thương sọ não. Các tài liệu cũng có thể được đơn giản hóa để phù hợp với đội ngũ nhân viên có trình độ thấp hơn và cho người bệnh chấn thương sọ não và gia đình.

Cuối cùng, các hướng dẫn này có thể giúp thu hẹp khoảng cách giữa các dịch vụ chăm sóc y tế giai đoạn cấp và giai đoạn PHCN, đặc biệt là định hướng cách thức giao tiếp và chuyển người bệnh giữa hai bộ phận này. Chúng cũng có thể nêu bật những thiếu hụt và nhu cầu về nguồn nhân lực về các chuyên ngành cụ thể (như là các kỹ thuật viên hoạt động trị liệu và các kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu đủ trình độ chuyên môn) cũng như đưa ra các khuyến cáo mục tiêu cho 5-10 năm tới về cách thức cải thiện dự phòng sơ cấp và nâng cao chất lượng PHCN, bao gồm dự phòng thứ cấp, cho chấn thương sọ não ở Việt Nam.

1.4. Mục đích

Tài liệu hướng dẫn không nhằm mục đích đưa ra tiêu chuẩn chăm sóc y khoa. Các tiêu chuẩn chăm sóc hoặc điều trị được xác định dựa trên tất cả dữ liệu lâm sàng có được cho từng ca bệnh cụ thể và thay đổi theo sự tiến bộ của kiến thức và công nghệ khoa học và tiến trình phát triển của các hình thức chăm sóc, điều trị. Làm theo tài liệu hướng dẫn không đảm bảo thành công trong mọi trường hợp, mà người sử dụng tài liệu hướng dẫn phải đưa ra phán đoán cuối cùng về một quy trình lâm sàng hoặc kế hoạch điều trị nhất định dựa trên các dữ liệu lâm sàng mà người bệnh biểu hiện và các phương án chẩn đoán và điều trị hiện có. Tuy nhiên, nếu người sử dụng tài liệu thực hiện khác hơn nhiều so với

nội dung trong tài liệu, thì nên ghi nhận đầy đủ thông tin này trong hồ sơ bệnh án của người bệnh lúc đưa ra quyết định thực hiện như vậy.

1.5. Các Mức độ chứng cứ

Nhóm biên soạn tài liệu hướng dẫn đã nhấn mạnh những khuyến nghị sau đây: Chúng là những khuyến nghị lâm sàng chủ chốt và nên được ưu tiên thực hiện tại Việt Nam. Mỗi khuyến nghị đều được xếp theo bậc. Các bậc thể hiện mức độ chắc chắn của bằng chứng cho từng khuyến nghị, nhưng không phản ánh tầm quan trọng về mặt lâm sàng của các khuyến nghị.

| MỨC ĐỘ | |
|------------|---|
| A | Chứng cứ thu thập được có thể tin cậy để hướng dẫn thực hành |
| B | Chứng cứ thu thập được có thể tin cậy để hướng dẫn thực hành trong hầu hết trường hợp |
| C | Chứng cứ thu thập được ủng hộ một phần cho các khuyến cáo, nhưng phải lưu ý khi áp dụng |
| D | Chứng cứ thu thập được yếu và cần phải hết sức cẩn trọng khi áp dụng khuyến cáo |
| GPP | Điểm Thực hành Tốt (Good Practice Point) - Thực hành tốt được khuyến cáo dựa trên kinh nghiệm lâm sàng và ý kiến của các chuyên gia |

1.6. Giám sát và Cung cấp Dịch vụ

Năng lực đánh giá chất lượng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe là cần thiết để cung cấp thông tin cho thực hành lâm sàng và cải thiện kết quả của người bệnh. Việc lượng giá, giám sát và đánh giá các chỉ số hoạt động chính và các đo lường kết quả để chứng minh tính hiệu quả và năng suất của các dịch vụ PHCN CTSN là quan trọng và cần thiết.

Thu thập dữ liệu phải đảm bảo:

- có liên kết với các khuyến cáo trong các hướng dẫn và đo lường sự tuân thủ chăm sóc dựa trên chứng cứ
- thường xuyên và liên tục
- có liên quan đến đo lường chuẩn hoá và trở thành một phần của quy trình cải thiện chất lượng dựa trên chứng cứ

Dữ liệu cần phản ánh các vấn đề cần thiết của việc PHCN cho người bệnh CTSN và bao gồm các đo lường về:

- Quá trình chăm sóc
- Thay đổi chức năng
- Tham gia vào các hoạt động trong cuộc sống và cộng đồng
- Chất lượng cuộc sống
- Sự hài lòng của người bệnh và gia đình

Các vấn đề cần thiết của PHCN cho người bệnh CTSN là:

- Chẩn đoán sớm
- Can thiệp sớm
- Lượng giá và xử lý các khiếm khuyết
- Lượng giá các kỹ năng chức năng và gia tăng tối đa các khả năng (nhận thức, vận động, giao tiếp, tự chăm sóc)
- Lượng giá và xử lý các tình trạng phối hợp
- Chỉ định và cung cấp các công cụ hỗ trợ và thích ứng phù hợp

1.7. Định nghĩa CTSN

CTSN là tình trạng tổn thương não cấp tính gây ra bởi một lực cơ học bên ngoài tác động vào đầu. (Nhóm Các Hướng dẫn New Zealand, 2006)

Các dấu hiệu lâm sàng có thể bao gồm **một** hoặc **nhiều** rối loạn sau:

- Lú lẫn hoặc mất định hướng
- Mất ý thức
- Quên sau chấn thương (PTA)
- Các thay đổi về thần kinh khác như các dấu hiệu thần kinh khu trú, co giật và/hoặc tổn thương nội sọ.

Các biểu hiện này không phải được gây ra bởi việc sử dụng ma túy, rượu hay các thuốc điều trị, cũng không phải bởi các tình trạng chấn thương khác hoặc bởi việc điều trị cho các chấn thương đó (ví dụ: các chấn thương toàn thân, chấn thương mặt hoặc do đặt nội khí quản), hoặc gây ra bởi các vấn đề khác (ví dụ: sang chấn tâm lý, rào cản ngôn ngữ hay các tình trạng bệnh tật khác kèm theo).

CTSN có thể xảy ra theo cơ chế chấn thương xuyên thấu, nhưng trong tình huống này, các dấu hiệu thần kinh khu trú thường quan trọng hơn các yếu tố lan tỏa khác.

1.8. Dịch tễ học CTSN

Rất khó để xác định số người bị CTSN, bất kể thể nặng hay nhẹ, do những khó khăn trong việc mã hóa tình trạng này tại các bệnh viện. Rất nhiều người bị CTSN nhẹ không tìm đến các dịch vụ y tế. Hiện tại, gần như không thể biết được có bao nhiêu người phải vào cấp cứu hoặc đi khám bác sĩ với tình trạng chấn thương đầu là do thật sự bị CTSN ((New Zealand Guidelines Group, 2006). Nghiên cứu tổng hợp y văn được thực hiện bởi WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury kết luận rằng tỷ lệ “thật sự” trên tổng dân số bị CTSN nhẹ là lớn hơn 600 trường hợp trên 100.000 người mỗi năm (Cassidy JD et al, 2004). Tỷ lệ đó nếu tính cho Việt Nam sẽ là lớn hơn 560.000 trường hợp mỗi năm.

Chấn thương gây ra do tai nạn giao thông được cho là nguyên nhân dẫn đến tử vong xếp hàng thứ tám trên toàn thế giới (xấp xỉ 1,24 triệu người chết mỗi năm do tai nạn giao thông trên toàn thế giới), gây ra hậu quả tương đương với hậu quả của các bệnh truyền nhiễm như sốt rét (WHO, 2013). Theo số liệu của TCYTTG, hàng năm, tại Việt Nam tai nạn giao thông (4,1%) là nguyên nhân dẫn đến tử vong xếp hàng thứ tư, làm 21.000 người chết trong năm 2012. (WHO, 2015).

CTSN là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến chết do tổn thương não tại các đơn vị điều trị tích cực. Những nguyên nhân chính của CTSN nặng là tai nạn giao thông (tai nạn xe máy) và ngã từ trên cao xuống (Rzheutskaya, 2012).

Theo tác giả Peden và cộng sự, tai nạn giao thông ở Việt Nam hiện đang là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong và thương tật. Xe máy chiếm đến 95% tổng số phương tiện giao thông tại Việt Nam nên người đi xe máy là đối tượng có nguy cơ bị tai nạn giao thông cao nhất. Theo TCYTTG, CTSN là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong và thương tật cho người đi xe máy tại Việt Nam. Hiện không có số liệu dịch tễ tại cộng đồng cũng như cơ sở dữ liệu tại bệnh viện về CTSN ở người đi xe máy tại Việt Nam. Tuy nhiên, có vẻ như những hậu quả do CTSN gây ra tại Việt Nam là rất lớn, liên quan đến số người đội mũ bảo hiểm còn hạn chế cũng như do xe máy là phương tiện giao thông chính. (Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, Mathers C, 2004).

Do đó, việc thiết lập hệ thống cơ sở dữ liệu về tai nạn giao thông nhằm cung cấp thông tin về các trường hợp chấn thương liên quan đến tai nạn giao thông sẽ giúp xác định tỷ lệ CTSN hiện mắc và mới mắc tại Việt Nam. Điều này cũng giúp theo dõi và đánh giá hậu quả ở mức độ cộng đồng cũng như tăng khả năng triển khai các phương thức dự phòng một cách đầy đủ hơn.

1.9. Phòng ngừa CTSN

Việc bắt buộc sử dụng mũ bảo hiểm được xem là biện pháp hiệu quả nhất để phòng ngừa CTSN ở những người điều khiển xe máy ở các nước phát triển và cả các nước đang phát triển. Đội mũ bảo hiểm giảm tỷ lệ mắc mới, mức độ trầm trọng và tỷ lệ tử vong do CTSN trong tai nạn xe máy, giảm từ 20% đến 45% chấn thương đầu nghiêm trọng và tử vong (Servadei F, Begliomini C, Gardini E, Giustini M, Taggi F, Kraus J. 2003). Mặc dù việc tỷ lệ sử dụng mũ bảo hiểm ở Việt Nam đã tăng đều đặn trong thập kỷ qua, nhưng không phải mọi loại mũ bảo hiểm đều có chất lượng tốt và không phải mọi người đều đội mũ đúng cách.

2. Chuyển tuyến và Nguyên tắc của Phục hồi chức năng CTSN

2.1. Giới thiệu

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) mô tả phục hồi chức năng là "một tập hợp các biện pháp hỗ trợ những người đang chịu đựng, hoặc có khả năng gặp phải, tình trạng khuyết tật [do khiếm khuyết, bất kể xảy ra khi nào (bẩm sinh, sớm hay muộn)] nhằm đạt được và duy trì hoạt động chức năng tối ưu trong mối tương tác với môi trường", "Các biện pháp phục hồi chức năng nhắm vào các cấu trúc và chức năng của cơ thể, các hoạt động và sự tham gia, các yếu tố cá nhân và các yếu tố môi trường" (WHO, 2011)

Phục hồi chức năng có thể bao gồm nhiều hoạt động trong nhiều lĩnh vực khác nhau. Trong lĩnh vực y tế, phục hồi chức năng tác động đến các bệnh lý và khiếm khuyết mạn tính, hoặc kéo dài với mục tiêu đảo ngược hoặc hạn chế ảnh hưởng của chúng. Các dịch vụ có thể bao gồm ngôn ngữ trị liệu, vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, cung cấp các dụng cụ trợ giúp, và các phẫu thuật đặc biệt chỉnh sửa các biến dạng và các loại khiếm khuyết khác.

Mặc dù có những cải thiện để giảm tỷ lệ tử vong và tỷ lệ mắc, người bệnh CTSN vẫn cần được tiếp cận các dịch vụ PHCN có hiệu quả. Phục hồi chức năng CTSN là một quá trình đa chiều, được thiết kế để tạo thuận cho sự phục hồi, hoặc thích nghi với sự mất mát, của các chức năng sinh lý hoặc tâm lý khi không thể đảo ngược hoàn toàn quá trình bệnh lý. Phục hồi chức năng hướng đến việc cải thiện các hoạt động chức năng và sự tham gia trong đời sống xã hội và từ đó cải thiện chất lượng cuộc sống.

Quá trình phục hồi có thể bị gián đoạn ở bất kỳ giai đoạn nào do khuyết tật trước đó, các bệnh lý kèm theo và các biến chứng của CTSN.

Các hoạt động chính của PHCN bao gồm:

- Sàng lọc và lượng giá đa ngành
- Xác định và đo lường các khó khăn về chức năng
- Lập kế hoạch điều trị thông qua thiết lập mục tiêu
- Cung cấp các biện pháp can thiệp có thể là cải thiện phục hồi hoặc nâng đỡ hỗ trợ người bệnh
- Đánh giá hiệu quả của can thiệp
- Báo cáo

2.2. Quy trình Phục hồi chức năng

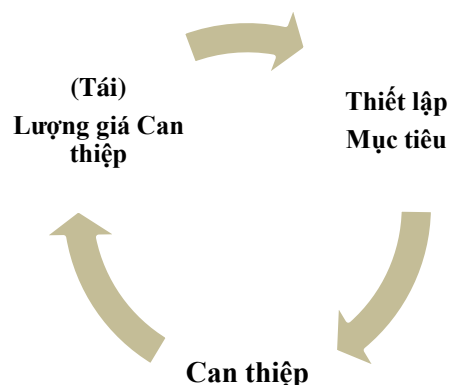
Tiếp cận PHCN truyền thống đi theo một quy trình:

2.2.1. Lượng giá

- Lượng giá người bệnh và xác định, định lượng các nhu cầu;

2.2.2. Thiết lập Mục tiêu

- Trên cơ sở lượng giá, các mục tiêu PHCN của người bệnh được xác định. Đây có thể là các mục tiêu ngắn hạn, trung hạn và dài hạn;
- Xây dựng một kế hoạch để đạt được các mục tiêu này



2.2.3. Can thiệp

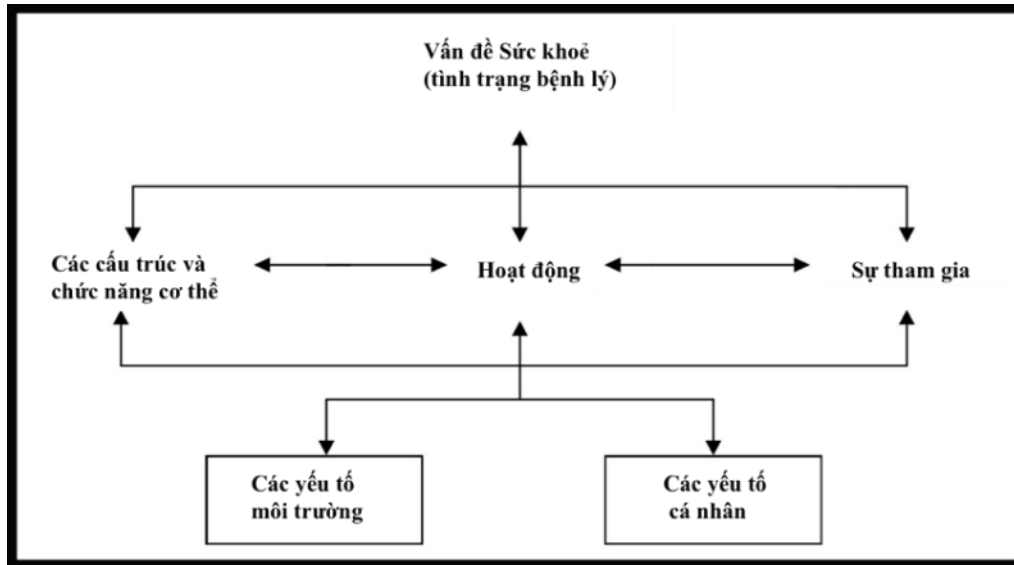
- Điều trị phù hợp để đạt được các mục tiêu;

2.2.4. Tái Lượng giá

- Lượng giá tiến triển của người bệnh nhằm xem xét can thiệp có đạt được các mục tiêu đã thống nhất hay không. Nếu không thì có thể xem xét lại các mục tiêu và điều chỉnh các can thiệp.

2.3. ICF

Phục hồi chức năng có thể được tóm tắt trong mô hình ICF (Phân loại quốc tế về Chức năng, Khuyết tật và Sức khoẻ) do WHO xây dựng (2001). ICF khái niệm hoá mức độ hoạt động chức năng của một cá nhân là một sự tương tác động giữa tình trạng sức khoẻ của họ với các yếu tố môi trường và các yếu tố cá nhân. Đây là một mô hình sinh lý - tâm lý- xã hội, dựa trên sự tích hợp của các mô hình xã hội và y học về khuyết tật. Tất cả các thành phần của khuyết tật đều quan trọng và bất kỳ thành phần nào cũng có thể tương tác với thành phần khác. Cần phải xem xét yếu tố môi trường vì chúng ảnh hưởng đến tất cả và có thể cần phải được thay đổi.



WHO(2001). Mô hình ICF

2.4. Chăm sóc lấy Người bệnh và Gia đình làm Trung tâm

Thực hành tốt nhất trong cung cấp dịch vụ cho người bệnh CTSN và gia đình họ là áp dụng các tiếp cận lấy người bệnh và gia đình làm trung tâm.

Điều trị và chăm sóc cần xem xét các nhu cầu và sở thích của người bệnh. Người bệnh nên có cơ hội đưa ra những quyết định khi đã được cung cấp đầy đủ thông tin về phương pháp chăm sóc và điều trị của họ, kết hợp với các nhân viên y tế. Nếu người bệnh đồng ý, gia đình và người nhà cũng nên có cơ hội tham gia vào các quyết định về điều trị và chăm sóc. Gia đình và người nhà cũng cần được cung cấp thông tin và hỗ trợ khi cần (NICE, 2014).

Cách tiếp cận lấy người bệnh làm trung tâm nên là cơ sở cho quá trình thiết lập mục tiêu. Các mục tiêu điều trị dễ đạt được hơn nếu người bệnh tham gia trong quá trình thiết lập chúng. Hơn nữa, bằng chứng cho thấy quá trình thiết lập mục tiêu như vậy có một tác dụng điều trị tích cực, khuyến khích người bệnh đạt được các mục tiêu của họ. (Hurn và cộng sự, 2006).

Thực hành lấy người bệnh làm trung tâm đặt cá nhân người bệnh ở trung tâm và nhấn mạnh việc xây dựng mối quan hệ đối tác với người bệnh CTSN và gia đình họ, xem họ là những thành viên quan trọng của nhóm phục hồi. Tiếp cận này nhấn mạnh bốn khía cạnh:

- Mỗi cá nhân là duy nhất
- Mỗi cá nhân là một chuyên gia trong cuộc sống của chính họ
- Quan hệ đối tác là chìa khóa
- Tập trung vào các điểm mạnh của cá nhân

Thực hành lấy người bệnh làm trung tâm trao quyền và sự kiểm soát cho người bệnh và gia đình họ. Phương pháp này giúp điều chỉnh các hỗ trợ để đạt được các mục tiêu và tương lai

của người đó và nhằm mục đích hòa nhập xã hội, đạt được các vai trò có giá trị và sự tham gia vào cộng đồng.

Thực hành lấy gia đình làm trung tâm áp dụng một triết lý tương tự với thực hành lấy người bệnh làm trung tâm và hơn thế nữa, thừa nhận rằng khi làm việc với người bệnh CTSN, gia đình và người chăm sóc là những người ra quyết định quan trọng. Thực hành lấy gia đình làm trung tâm bao gồm một tập hợp các giá trị, thái độ và cách tiếp cận các dịch vụ cho người bệnh CTSN và gia đình của họ. Gia đình làm việc với những người cung cấp dịch vụ để đưa ra những quyết định sau khi được cung cấp đầy đủ thông tin về các dịch vụ và hỗ trợ mà người bệnh và gia đình nhận được. Trong tiếp cận lấy gia đình làm trung tâm, những điểm mạnh và nhu cầu của tất cả các thành viên trong gia đình và người chăm sóc được xem xét. Gia đình xác định các ưu tiên của can thiệp và dịch vụ. Tiếp cận này dựa trên tiền đề rằng các gia đình biết điều gì tốt nhất cho người bệnh, rằng các kết quả hồi phục tối ưu xảy ra trong một môi trường nâng đỡ của gia đình và cộng đồng và rằng mỗi gia đình là duy nhất. Dịch vụ hỗ trợ và tôn trọng các năng lực và nguồn lực của mỗi gia đình. Năng lực gia đình bao gồm kiến thức và những kỹ năng mà gia đình cần để hỗ trợ các nhu cầu và sức khỏe của người bệnh CTSN. Năng lực là khả năng thể chất, tinh thần và tình cảm cần thiết để hỗ trợ người bệnh CTSN, và có tác động trực tiếp đến cảm giác có khả năng mà một thành viên trong gia đình trải qua khi chăm sóc một người bệnh CTSN.

Khuyến cáo:

> Các dịch vụ PHCN cần áp dụng các triết lý về thực hành lấy người bệnh và gia đình làm trung tâm.

2.5. Bình đẳng giới trong sức khỏe

Bình đẳng giới trong sức khỏe có nghĩa là nam và nữ, trong suốt cuộc đời và trong tất cả sự đa dạng của họ, đều có cùng điều kiện và cơ hội để thực hiện đầy đủ quyền và tiềm năng của họ để được khỏe mạnh, góp phần vào phát triển sức khỏe và hưởng lợi từ các thành quả đó (WHO, 2015).

Cần phân tích dữ liệu và tiến hành các phân tích về giới để xác định những khác biệt về giới và giới tính trong các nguy cơ cũng như cơ hội về sức khỏe và để thiết kế các can thiệp về sức khỏe phù hợp.

Giải quyết bất bình đẳng giới giúp nâng cao khả năng tiếp cận và hưởng lợi từ các dịch vụ y tế. Cần khuyến khích phát triển các chương trình sức khỏe chú trọng đến vấn đề giới, được thực hiện một cách phù hợp và đem lại lợi ích cho cả nam và nữ. Nó sẽ giúp việc phòng ngừa và chăm sóc người bệnh CTSN đạt được các mục tiêu và mục đích chiến lược của mình. Các mục tiêu đó là làm giảm sự bất bình đẳng về sức khỏe và tạo ra một sự khác biệt cho cuộc sống của phụ nữ và nam giới bằng cách nâng cao chất lượng các dịch vụ được cung cấp liên quan đến dự phòng, chẩn đoán và điều trị CTSN cũng như cải thiện kết quả của người bệnh.

2.6. Tổ chức Các dịch vụ Phục hồi chức năng

Các vấn đề chính trong việc lập kế hoạch các dịch vụ cho người bệnh CTSN là:

- Tổ chức chăm sóc tại bệnh viện đa khoa (Trung ương, Tỉnh, Huyện), Bệnh viện Phục hồi chức năng và Trung tâm Y tế phường xã
- Chăm sóc tại bệnh viện hoặc tại nhà
- Xuất viện và các dịch vụ sau khi xuất viện (bao gồm một hệ thống chuyển tuyến được tổ chức tốt)
- Phục hồi chức năng và theo dõi liên tục (bao gồm các nhu cầu cụ thể của những người bệnh trẻ tuổi) (SIGN, 2008)

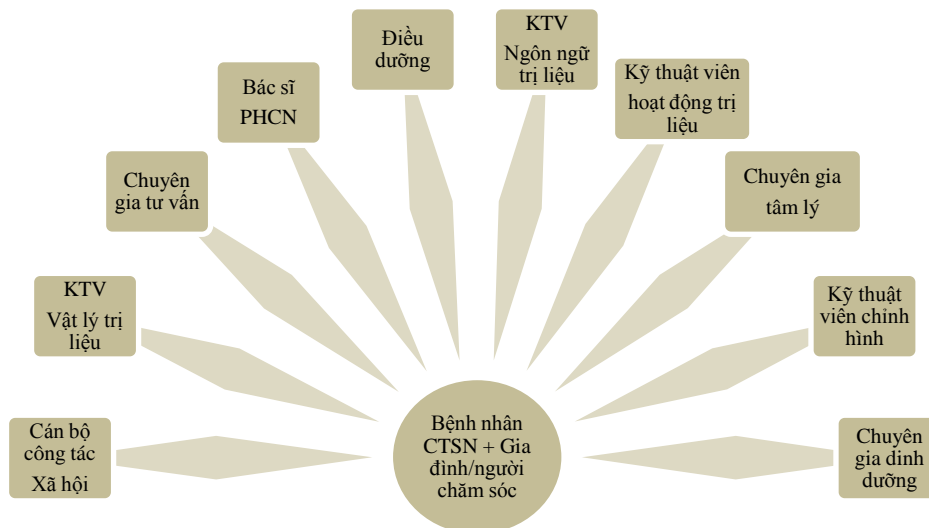
Phục hồi chức năng được thực hiện tại cơ sở điều trị giai đoạn cấp; tức là người bệnh CTSN được nhập viện trực tiếp (tự đến) hoặc được chuyển lên từ trung tâm y tế phường xã và cũng có thể được thực hiện tại nhà/cộng đồng. Ví dụ, cơ sở tại cộng đồng có thể là một Bệnh viện Tỉnh, Bệnh viện Phục hồi chức năng, một phòng khám tư nhân hoặc của một tổ chức phi chính phủ.

2.7. Tiếp cận Đa chuyên ngành

Một khía cạnh trung tâm của phục hồi CTSN là thông qua một tiếp cận nhóm được điều phối tốt. Điều này có thể đạt được bởi một nhóm các chuyên gia y tế đa chuyên ngành ^[A].

Nhóm Đa Chuyên Ngành kết hợp các kỹ năng về y học, điều dưỡng và các chuyên ngành sức khỏe khác và có thể liên quan đến các dịch vụ xã hội, giáo dục và hướng nghiệp để lượng giá, điều trị, đánh giá lại định kỳ, lập kế hoạch xuất viện và theo dõi. Là một nhóm, cần phải đáp ứng những điều sau đây:

- Thường xuyên tổ chức các cuộc họp và thảo luận trường hợp bệnh để khuyến khích sự phối hợp và cập nhật thông tin.
- Bảo đảm các tài liệu về chăm sóc cụ thể cho người bệnh CTSN được rõ ràng và mọi thành viên trong nhóm có thể tiếp cận được.
- Có liên lạc với các chuyên gia khác, đội ngũ giáo viên, người bệnh CTSN và gia đình/người chăm sóc.
- Thiết lập và đáp ứng các mục tiêu phù hợp.
- Hỗ trợ người bệnh CTSN và gia đình/người chăm sóc thông qua việc khuyến khích họ tham gia vào mọi mặt của quá trình chăm sóc.
- Kết nối với các chuyên gia y tế khác thông qua mạng lưới và đào tạo chuyên môn về xử lý CTSN.



Các tiếp cận của Nhóm Đa Chuyên Ngành sử dụng các kỹ năng và kinh nghiệm của các chuyên gia từ các lĩnh vực khác nhau, mỗi lĩnh vực tiếp cận người bệnh theo quan điểm riêng - trong các buổi tư vấn điều trị riêng biệt.

Một tiếp cận nhóm đa chuyên ngành tích hợp các tiếp cận mỗi ngành riêng biệt trong một buổi tư vấn điều trị duy nhất. Nghĩa là, việc hỏi bệnh, lượng giá, chẩn đoán, can thiệp và các mục tiêu xử lý ngắn hạn và dài hạn được do nhóm thực hiện, cùng với người bệnh, tại một thời điểm. Người bệnh tham gia mật thiết đến các cuộc thảo luận về tình trạng hoặc tiên lượng của họ và các kế hoạch chăm sóc cho họ (Jessup, 2007).

2.8. Quan niệm về Phục hồi chức năng CTSN

Phục hồi chức năng CTSN được quan niệm là một "quá trình thay đổi tích cực qua đó người bị khuyết tật có được kiến thức và các kỹ năng cần thiết cho hoạt động chức năng thể chất, tâm lý và xã hội tối ưu". Hiệp hội Y học Phục hồi Anh Quốc mô tả dịch vụ PHCN là "sử dụng tất cả các phương tiện nhằm giảm thiểu tác động của các tình trạng gây khuyết tật và hỗ trợ người khuyết tật đạt được mức độ tự chủ và tham gia vào xã hội mà họ mong muốn." (Hiệp hội Y học Phục hồi Anh Quốc (BSRM), 2003)

Đây là một thách thức lớn đối với bối cảnh xã hội Việt Nam. Hầu hết những người bệnh CTSN đều là thanh thiếu niên và người trưởng thành trẻ tuổi. Nếu muốn họ đạt được mức độ tự chủ và tham gia mong muốn thì cần có sự quan tâm nhiều hơn, ví dụ như đào tạo hướng nghiệp cho họ.

Phục hồi chức năng cần được bắt đầu càng sớm càng tốt, ngay cả trong giai đoạn cấp tính ở đơn vị chăm sóc tích cực tại bệnh viện. Các can thiệp ở giai đoạn này chú trọng làm giảm khiếm khuyết và phòng ngừa các biến chứng thứ cấp như là co rút, suy dinh dưỡng, loét do tỳ đè và viêm phổi.

Phục hồi chức năng CTSN là một vấn đề khó khăn và phức tạp. Mục đích của PHCN về thể chất là giúp hồi phục hoạt động chức năng bình thường càng nhiều càng tốt và cung cấp các chiến lược bù trừ nhằm giảm thiểu tác động xấu của các triệu chứng còn tồn tại

(nghĩa là nhằm tăng cường độc lập thông qua tạo thuận cho kiểm soát vận động và các kỹ năng).

Phục hồi chức năng cho người bệnh CTSN nặng về lâm sàng có thể khác với phục hồi chức năng nói chung do ảnh hưởng của các khiếm khuyết chức năng điều hành lên quá trình PHCN.

Các khiếm khuyết chức năng điều hành đề cập đến những rối loạn liên quan đến tổn thương chủ yếu ở thùy trán, ảnh hưởng đến sự chú ý và tập trung, khởi tạo và định hướng mục tiêu, phán đoán và nhận cảm, học tập và trí nhớ, tốc độ xử lý thông tin và giao tiếp và các kỹ năng nhận thức khác, chẳng hạn như lập kế hoạch và tổ chức.

Các người bệnh cũng bị mệt mỏi thể chất và nhận thức đồng thời có thể lẫn lộn về tình trạng giảm khả năng của mình, không nhận thức được các khiếm khuyết, chối bỏ những ảnh hưởng của chấn thương hoặc kết hợp của những rối loạn này. Họ có thể bồn chồn không yên, không tập trung chú ý và mất trật tự. Tâm trạng của họ có thể bị quá khích, dễ khóc hoặc dễ cười, và dễ chuyển sang tranh cãi và khó thuyết phục bằng lý lẽ.

Có năm nguyên tắc kết hợp thực hiện các chiến lược PHCN thông qua các trị liệu (y học, xã hội, nhận thức và tâm lý học) (Vogenthaler, 1987):

- Nếu có thể, nên bắt đầu trị liệu càng sớm càng tốt sau khi chấn thương. Các nghiên cứu cho thấy rằng điều này sẽ nâng cao kết quả cuối cùng.
- Cần cung cấp các dịch vụ một cách toàn diện.
- Nên cung cấp các dịch vụ theo hình thức đa chuyên ngành.
- Các phương pháp trị liệu phải chú trọng đồng thời vào cả các khiếm khuyết nhỏ và lớn. Mặc dù việc chữa trị các vấn đề nhận thức cụ thể trong môi trường phòng thí nghiệm/điều trị là quan trọng, điều không kém quan trọng là tập trung vào các hoàn cảnh thực tế của người bệnh (như là các sinh hoạt hàng ngày).
- Thiết kế và thực hiện các chế độ điều trị khác nhau cần phải là một quá trình đánh giá toàn diện, có hệ thống và đa chuyên ngành.

Khi người bệnh bắt đầu hồi phục, có thể cần PHCN nội trú tích cực để chuyển tiếp thành công giữa môi trường bệnh viện và ở nhà.

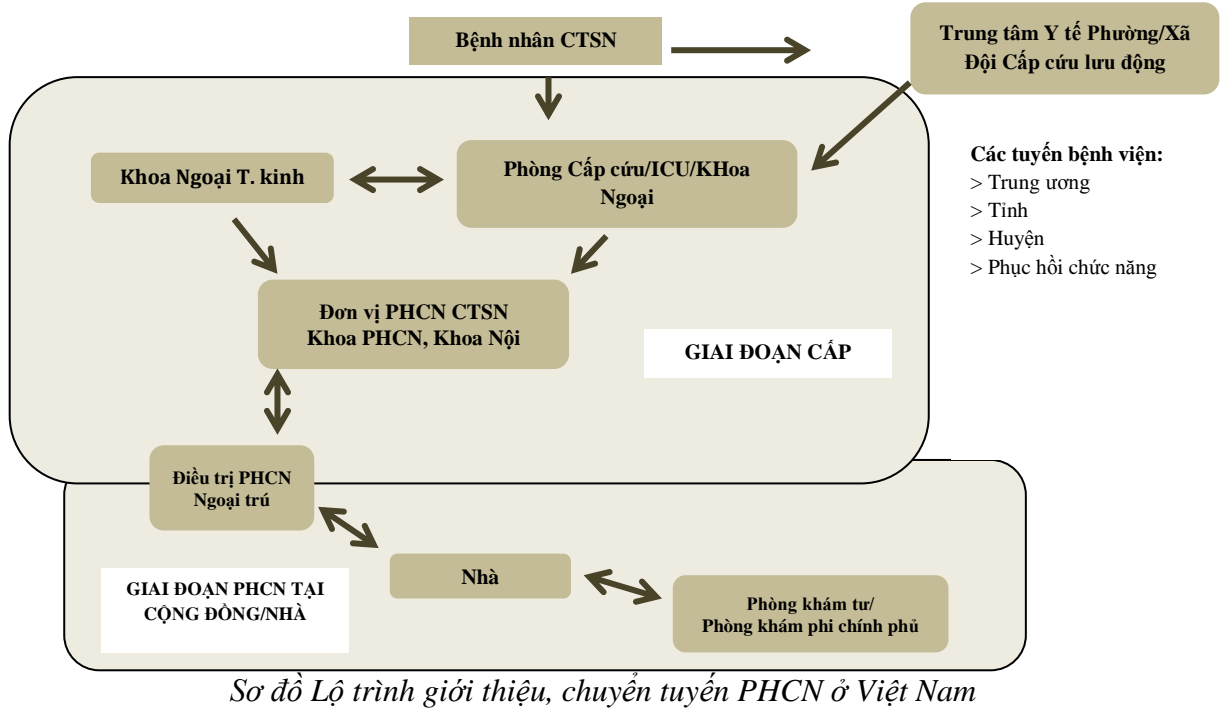
Sự hồi phục thần kinh sau CTSN có thể xảy ra trong một thời gian kéo dài nhiều tháng hoặc nhiều năm. Điều quan trọng đối với các dịch vụ chăm sóc PHCN là: những người bệnh khác nhau cần các trị liệu khác nhau vào các giai đoạn khác nhau trong quá trình hồi phục của họ và đôi khi cần phải được hỗ trợ suốt đời. Các người bệnh cũng hồi phục với các tốc độ khác nhau. Một số người bệnh có thể cần phải nằm viện trong nhiều tháng.

Những người chăm sóc cho những người bệnh CTSN nặng cũng có thể cần được hỗ trợ trong một khoảng thời gian dài.

2.9. Quy trình giới thiệu chuyển tuyến

2.9.1. Giai đoạn cấp

Lộ trình giới thiệu chuyển tuyến cho người bệnh CTSN tương tự như người bệnh đột quy:



2.9.2. Chuyển đến Khoa Cấp cứu ở Bệnh viện

Các dịch vụ y tế tại cộng đồng, như là các bác sỹ đa khoa, cần giới thiệu chuyển những người bệnh bị thương vùng đầu đến khoa cấp cứu ở bệnh viện, nếu có một trong những đặc điểm sau (NICE, 2014, SIGN, 2008) ^[B]:

- Thang điểm hôn mê Glasgow <15 vào lúc đánh giá ban đầu
- Mất ý thức do chấn thương
- Các dấu hiệu thần kinh khu trú từ lúc bị chấn thương
- Nghi ngờ vỡ xương sọ hoặc chấn thương đâm xuyên ở đầu từ lúc bị chấn thương
- Quên các sự kiện trước hoặc sau khi bị chấn thương
- Nhức đầu dai dẳng kể từ lúc bị chấn thương
- Bị nôn mửa từ lúc bị chấn thương
- Bị động kinh từ lúc bị chấn thương
- Đã được phẫu thuật não trước đây
- Bị chấn thương đầu với lực tác động lớn
- Có tiền sử bị chảy máu hoặc rối loạn đông máu
- Đang điều trị thuốc chống đông máu như là warfarin
- Nghiện rượu hoặc ma túy

2.9.3. Khoa Cấp cứu

(I) Sàng lọc và Lượng giá

Có bốn lý do quan trọng để thực hiện lượng giá ở Khoa Cấp cứu (Nhóm các Hướng dẫn New Zealand, 2006) ^[A]:

1. Xác định tình trạng hạ huyết áp và/hoặc tình trạng thiếu oxy đang xảy ra hoặc tiềm ẩn, vì nếu không được điều trị sẽ làm CTSN nặng hơn.
2. Xác định các biến chứng cấp tính của CTSN có thể cần phải can thiệp, đặc biệt là chảy máu trong sọ và/hoặc não.
3. Xác định các chấn thương khác có thể cần xử lý khẩn cấp, bao gồm chấn thương cột sống cổ.
4. Ước tính độ trầm trọng của tổn thương não ảnh hưởng đến việc xử lý và theo dõi tiếp theo.

Đối với lý do thứ 3. Ở giai đoạn đầu không chắc chắn chấn thương có ảnh hưởng đến cột sống cổ hay không vì thế cần phải cố định vững cột sống cổ cho những người bệnh bị chấn thương ở đầu và biểu hiện bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây trừ khi những yếu tố khác ngăn cản điều này:

- GCS <15 vào lúc đánh giá ban đầu (bởi nhân viên y tế).
- Đau cổ.
- Có triệu chứng thần kinh khu trú.
- Dị cảm ở các chi.
- Bất kỳ dấu hiệu lâm sàng khác nghi ngờ chấn thương cột sống cổ.

Một nhân viên y tế đã được đào tạo cần lượng giá tất cả các người bệnh bị chấn thương đầu đến khoa cấp cứu trong vòng tối đa 15 phút từ lúc bệnh viện.

Một phần của lượng giá này là xác định xem nguy cơ tổn thương não và/hoặc chấn thương cột sống cổ về lâm sàng là cao hay thấp

Về lý do thứ 4. Ước tính mức độ trầm trọng tổn thương não ảnh hưởng đến việc xử lý và theo dõi tiếp theo.

Tiêu chuẩn phổ biến nhất được sử dụng để phân loại mức độ trầm trọng là Thang điểm Hôn mê Glasgow (GCS) (Xem thêm phụ lục 1). Thang điểm này thường được sử dụng để đánh giá khi một người bệnh nghi ngờ bị CTSN đến khám ở Khoa Cấp cứu hoặc bác sĩ đa khoa ^[C]. Chấn thương sọ não có thể được xác định là nhẹ, trung bình hoặc nặng theo điểm GCS.

Một chỉ số hữu ích khác về mức độ trầm trọng của CTSN là quên sau chấn thương (post-traumatic amnesia, PTA), vì nó liên quan mật thiết đến kết quả. Một chỉ số khác cũng được sử dụng là thời gian mất ý thức (loss of consciousness, LOC).

| Độ trầm trọng của Chấn thương | Điểm GCS | Thời gian Quên Sau Chấn thương (PTA) | Thời gian mất ý thức (LOC) |
|--------------------------------------|-----------------|---|-----------------------------------|
| Nhẹ | 13-15 | < 1 ngày | < 30 phút |
| Vừa | 9-12 | 1 - 6 ngày | 30 phút – 24 giờ |
| Nặng | 3-8 | >=7ngày | > 24 giờ |

Mức độ trầm trọng của CTSN (Rao và cộng sự, 2000)

Người bệnh có điểm Hôn mê Glasgow từ 8 trở xuống cần phải được tiếp cận sớm bởi bác sỹ gây mê, bác sỹ cấp cứu hoặc bác sỹ chăm sóc đặc biệt để xử lý đường dẫn khí thích hợp và trợ giúp hồi sức.

Tất cả đội ngũ y tế và điều dưỡng tham gia chăm sóc người bệnh bị chấn thương đầu đều phải được huấn luyện và thành thạo việc sử dụng và ghi chép GCS.

Không nên sử dụng GCS đơn độc và cần kết hợp xem xét các thông số khác, chẳng hạn như:

- Kích thước và phản ứng của đồng tử
- Các vận động ở tay chân
- Nhịp thở và độ bão hòa oxy
- Nhịp tim
- Huyết áp
- Nhiệt độ
- Hành vi hoặc tính khí bất thường hoặc khiếm khuyết lời nói.

Cần phối hợp với các thành viên trong gia đình và bạn bè như là một nguồn cung cấp thông tin (SIGN, 2008).

Nếu tình trạng xấu đi (NICE, 2014) - Bất kỳ tình huống nào sau đây về tình trạng thần kinh xấu đi cần phải có bác sỹ chịu trách nhiệm giám sát nhanh chóng đánh giá lại ^[GPP]:

- Xuất hiện kích động hoặc hành vi bất thường.
- Giảm 1 điểm GCS kéo dài (nghĩa là, ít nhất 30 phút) (đặc biệt là điểm đáp ứng vận động).
- Giảm từ 3 điểm trở lên trong điểm mở mắt hoặc điểm đáp ứng lời nói của GCS, hoặc từ 2 điểm trở lên trong điểm đáp ứng vận động.
- Đau đầu nặng hoặc đau đầu tăng lên hoặc nôn mửa kéo dài.
- Các triệu chứng hoặc dấu hiệu thần kinh mới hoặc tăng tiến như là đồng tử không đều hoặc bất đối xứng trong vận động của mắt hoặc tay chân.

(II) Điều trị ban đầu

Đầu tiên, cần ổn định đường dẫn khí, hô hấp và tuần hoàn (ABC) trước khi chú ý đến các tổn thương khác ^[GPP]. Thăm dò chọn lựa đầu tiên để phát hiện các biến chứng cấp tính có ý nghĩa lâm sàng với chấn thương sọ não là chụp CT đầu. Đối với các bác sỹ ở các trung tâm y tế ở vùng nông thôn ít khả năng tiếp cận với CT, có thể rất khó để cân nhắc ưu và nhược điểm của việc chuyển bệnh để chụp CT, khi nguy cơ biến chứng của CTSN khá thấp so với những khó khăn trong xử lý các biến chứng như vậy ở một nơi xa trung tâm phẫu thuật thần kinh. Trong một số trường hợp, theo dõi sát trong 24 giờ thay vì chuyển đi để chụp CT là một giải pháp hợp lý. (Nhóm Các Hướng dẫn New Zealand, 2006) ^[A].

Các ghi chép theo dõi về thần kinh tối thiểu phải gồm:

- Thang điểm Hôn mê Glasgow
- Kích thích và phản ứng của đồng tử
- Vận động của tay chân
- Nhịp thở
- Nhịp tim
- Huyết áp
- Nhiệt độ.

Cần theo dõi và ghi lại mỗi 15 phút, hoặc thường xuyên hơn trong một số trường hợp, cho đến khi người bệnh đạt điểm 15 với thang điểm hôn mê Glasgow trong hai lần liên tiếp.

Can thiệp PHCN sớm cải thiện kết quả với CTSN nặng về lâm sàng. Do đó, PHCN cần bắt đầu càng sớm càng tốt (Nhóm Các Hướng dẫn New Zealand, 2006) ^[A].

Xem thêm Lượng giá Nguy cơ Phục hồi chức năng (Phụ lục 12).

Nhiều triệu chứng của CTSN trùng lặp với các bệnh lý khác (thể chất, tâm lý và tâm thần). Điều quan trọng là xác định đúng các triệu chứng này là do CTSN hoặc do các bệnh lý khác và nhận biết và điều trị các bệnh lý kèm theo để xây dựng một kế hoạch PHCN CTSN có hiệu quả.

Với CTSN kéo dài ở trẻ em, có thể cần phải lặp lại nhiều lần các lượng giá về thần kinh tâm lý và các lượng giá khác đến khi trẻ chuyển sang tuổi trưởng thành.

Các hướng dẫn này sẽ không đề cập đến các vấn đề sau:

- Các tiêu chuẩn về chẩn đoán hình ảnh
- Can thiệp y học trong Khoa Cấp cứu bao gồm đặt nội khí quản và thở máy
- Giới thiệu đến và can thiệp ở Phẫu Thuật Thần Kinh
- Can thiệp CTSN cho trẻ em ở giai đoạn bán cấp

Để biết thêm thông tin, hãy tham khảo tài liệu y khoa liên quan.

2.9.4. PHCN ở giai đoạn cấp/Khoa Phục hồi chức năng

Sau khi được điều trị ở Khoa Cấp Cứu, có nhiều loại hình dịch vụ khác nhau có thể giới thiệu cho người bệnh bị CTSN để được phục hồi chức năng:

- Phục hồi chức năng nội trú tại bệnh viện
- Một cơ sở điều dưỡng mô phỏng một môi trường thông thường: nhằm thúc đẩy PHCN, như là chăm sóc theo yêu cầu, nghĩa là hỗ trợ các vấn đề về rối loạn chức năng điều hành với ánh sáng, tiếng ồn, người thăm và giao tiếp, hỗ trợ để thực hiện các công việc hàng ngày và thiết lập, duy trì các việc thường nhật, và giảm dần trợ giúp để hướng đến độc lập
- Nhu cầu chuẩn bị cho cuộc sống độc lập, bao gồm hỗ trợ dần để tiếp quản tất cả các nhiệm vụ để đạt sự độc lập
- Khi có yêu cầu các dịch vụ không sẵn có ở một môi trường thông thường (như là mở thông dạ dày bằng nội soi qua da, tiếp cận xe lăn, chuẩn bị bữa ăn, trợ giúp thường xuyên với các hoạt động hàng ngày).

2.9.5. Xuất viện

- Những người bệnh bị chấn thương đầu tốt nhất sẽ không được xuất viện cho đến khi họ đạt được điểm GCS bằng 15, hoặc ý thức bình thường ở trẻ em khi được lượng giá bằng phiên bản nhi khoa của Thang điểm Hôn mê Glasgow.
- Tất cả người bệnh chấn thương đầu chỉ nên được chuyển từ bệnh viện về nhà nếu có các hỗ trợ phù hợp để di chuyển an toàn và chăm sóc tiếp tục và nếu chắc chắn rằng có một người nào đó phù hợp ở nhà để giám sát người bệnh .
- Với các người bệnh bị CTSN (hoặc nghi ngờ bị CTSN) mà không có người chăm sóc ở nhà, chỉ nên cho họ xuất viện khi không có nguy cơ đáng kể gây các biến chứng muộn, hoặc khi đã thu xếp sự giám sát phù hợp.
- Tất cả người bệnh được xuất viện sau khi bị CTSN cần phải được một bác sĩ thông báo trước hoặc tại thời điểm xuất viện, một cách cụ thể chi tiết về những vấn đề sức khỏe còn tồn tại và các chi tiết về kế hoạch theo dõi.
- Trước khi xem xét xuất viện cho người bệnh bị CTSN nặng về lâm sàng, cần tiến hành lượng giá nhu cầu PHCN nội trú hoặc ngoại trú ngay sau xuất viện. Người bệnh cần được chăm sóc nội trú sau giai đoạn cấp cần được chuyển đến đơn vị chuyên về PHCN ngay khi họ ổn định nội khoa và có thể tham gia vào PHCN (Nhóm Các Hướng dẫn New Zealand, 2006).
- Các dịch vụ y tế ở bệnh viện cần có một quy trình thống nhất với địa phương, để đảm bảo rằng trước khi xuất viện:
 - Người bệnh và người chăm sóc được chuẩn bị, và đã tham gia đầy đủ vào lập kế hoạch xuất viện
 - Nhân viên y tế tuyến cơ sở, các nhóm chăm sóc sức khỏe ban đầu và các phòng dịch vụ xã hội (các dịch vụ dành cho người lớn) đều được thông báo trước hoặc vào thời điểm xuất viện
 - Tất cả các trang bị và các dịch vụ hỗ trợ cần thiết cho xuất viện an toàn đã có sẵn^[c]

- Có nhóm đa chuyên ngành cung cấp dịch vụ điều trị chuyên khoa liên tục một cách phù hợp.
- Người bệnh và người chăm sóc được cung cấp thông tin và liên lạc với các cơ sở tình nguyện và pháp luật phù hợp.
- Các người bệnh sắp được xuất viện nhưng vẫn còn phụ thuộc trong một số hoạt động cá nhân (như mặc quần áo, đi vệ sinh) cần phải được tiếp cận, nếu phù hợp, với một gói chăm sóc chuyển tiếp gồm: thăm nhà trước khi xuất viện (ví dụ vào cuối tuần), tập huấn cho người bệnh và giáo dục cho người chăm sóc của họ, hỗ trợ tư vấn qua điện thoại trong 3 tháng.
- Trước khi xuất viện cho một người bệnh vẫn còn phụ thuộc vào một số hoạt động, cần lượng giá và điều chỉnh thích hợp môi trường tại nhà của người bệnh, thường thông qua một buổi thăm nhà do một kỹ thuật viên hoạt động trị liệu thực hiện.
- Các bệnh viện cần phải sử dụng các hệ thống rõ ràng để đảm bảo rằng:
 - Người bệnh và gia đình tham gia vào quá trình lập kế hoạch xuất viện và người nhà người bệnh được tập huấn về cách chăm sóc, chẳng hạn cách di chuyển, thao tác với người bệnh, mặc áo quần.
 - Người bệnh và người chăm sóc cảm thấy đã được chuẩn bị và hỗ trợ đầy đủ để thực hiện chăm sóc
 - Các cơ sở y tế phù hợp (bao gồm các bác sĩ tại địa phương, bệnh viện khu vực) được thông báo trước khi người bệnh xuất viện và có một kế hoạch chăm sóc y tế và xã hội thống nhất.
 - Các trang bị thiết yếu đã được cung cấp (bao gồm xe lăn nếu cần thiết), và người bệnh biết cần được biết phải liên hệ với ai nếu gặp khó khăn.
- Cần huấn luyện cho người chăm sóc của những người bệnh không thể di chuyển độc lập về cách di chuyển và thao tác với người bệnh và sử dụng các dụng cụ được cung cấp cho đến khi họ có thể di chuyển và đặt tư thế người bệnh một cách an toàn ở nhà.
- Tất cả người bệnh cần tiếp tục tiếp cận các dịch vụ PHCN sau khi xuất viện, và cần biết cách liên lạc với các dịch vụ này.
- Gia đình/Người chăm sóc những người bệnh CTSN cần được cung cấp:
 - Một điểm liên lạc được chỉ định trước để biết thông tin về CTSN
 - Thông tin bằng văn bản về chẩn đoán và kế hoạch xử lý của người bệnh
 - Huấn luyện thực hành đầy đủ để giúp họ chăm sóc an toàn.
- Các tổ chức dịch vụ y tế và xã hội nên cung cấp một điểm tiếp cận duy nhất cho tất cả các dịch vụ hỗ trợ và tư vấn dành cho người khuyết tật.

2.9.6. Hình thức phục hồi chức năng tại nhà/cộng đồng (Theo dõi y tế và phục hồi chức năng sau xuất viện)

Bên cạnh theo dõi y tế, những người bệnh CTSN sẽ cần được tiếp tục điều trị PHCN khi xuất viện sau tình trạng cấp tính.

Sau khi xuất viện, các người bệnh CTSN cần được theo dõi trong vòng 72 giờ bởi Nhóm đa chuyên ngành để lượng giá các nhu cầu của người bệnh và phối hợp xây dựng các kế hoạch can thiệp (bao gồm điều trị) [NICE, 2013]

Cần giải thích và khuyến cáo về cách thức và địa điểm để tiếp cận các dịch vụ PHCN cho người bệnh CTSN và gia đình/người chăm sóc trước khi xuất viện (xem gói thông tin về xuất viện sau giai đoạn cấp). Nếu có thể, cần thông báo cho một cơ sở PHCN cụ thể về tình trạng sắp xuất viện để hỗ trợ theo dõi người bệnh CTSN.

PHCN sau khi xuất viện giai đoạn cấp cần phải được cung cấp bởi các kỹ thuật viên PHCN có trình độ với một trong 2 hình thức sau:

(I) PHCN tại bệnh viện/trung tâm PHCN

- PHCN tại bệnh viện có thể được thực hiện tại khoa điều trị ngoại trú của một bệnh viện địa phương (như là Bệnh viện Phục hồi chức năng, Khoa PHCN) hoặc cơ sở y tế ở cộng đồng (như là phòng khám tư nhân hoặc phòng khám phi chính phủ ở địa phương).
- PHCN có thể là nội trú hoặc ngoại trú tùy thuộc vào khả năng tiếp cận (như tài chính, địa lý) và khả năng cung cấp dịch vụ.
- PHCN có thể được thực hiện bởi một nhóm các kỹ thuật viên có trình độ. Khuyến khích người bệnh CTSN phải chủ động trong PHCN để tăng cường sự hồi phục và chức năng. Sự tham gia của người bệnh CTSN và gia đình/người chăm sóc là rất cần thiết để đảm bảo rằng các bài tập có thể được tiếp tục thực hiện tại nhà và sử dụng tối đa các chiến lược chức năng nhằm tạo thuận lợi độc lập tại nhà và cộng đồng.

(II) PHCN tại nhà

- PHCN tại nhà cho phép can thiệp PHCN hướng đến mục đích hơn với người bệnh CTSN, nhấn mạnh và giải quyết các vấn đề thực tiễn và chức năng mà người bệnh CTSN và gia đình/người chăm sóc gặp phải ở nhà và cộng đồng.
- Có thể phát triển các chiến lược PHCN tại nhà sử dụng những nguồn lực sẵn có ở địa phương và thay đổi thích ứng nhà nếu cần thiết.
- Nếu được, một nhân viên xã hội được đào tạo sơ bộ/Trợ lý PHCN cũng có thể đi kèm với kỹ thuật viên để giúp tiếp tục thực hiện và theo dõi các bài tập khi kỹ thuật viên không thể trực tiếp điều trị cho người bệnh CTSN.

2.9.7. Khi không có các dịch vụ PHCN

Vì các lý do di chuyển, địa lý và cá nhân, PHCN tại bệnh viện và tại nhà có thể không thực tế. Do đó điều quan trọng là cung cấp một chương trình tập luyện tại nhà cho từng người bệnh (với thông tin được viết ra/hình vẽ) liên quan đến các khiếm khuyết về thể chất, chức năng, nhận thức và ngôn ngữ của người bệnh CTSN trước khi xuất viện cũng như những khuyến cáo về việc trở lại các hoạt động xã hội và cộng đồng.

Những hoạt động này có thể được theo dõi bởi các nhân viên xã hội được đào tạo sơ bộ, nhằm giám sát và giới thiệu trong trường hợp có biến chứng thứ phát xảy ra.

3. Quy trình Phục hồi chức năng

3.1 Sàng lọc và Lượng giá

Trong chương 2.8, tầm quan trọng của quá trình sàng lọc và lượng giá đầy đủ đã được nhấn mạnh. Vì thế việc chuyển sớm đến một khoa cấp cứu là rất cần thiết.

Lượng giá về hoạt động thể chất của những người bệnh CTSN cần bao gồm các lượng giá sau (Nhóm Các Hướng dẫn New Zealand, 2006):

- Các khiếm khuyết về vận động:
 - Yếu cơ và liệt.
 - Bất thường trương lực cơ (co cứng).
 - Giảm tầm vận động khớp.
 - Thất điều/giảm điều hợp.
- Các khiếm khuyết về cảm giác:
 - Nghe/nhìn
- Các triệu chứng, như đau đầu, mệt mỏi, đau
- Khó nuốt.
- Động kinh.
- Vận động chức năng
 - Thay đổi và giữ tư thế cơ thể
 - Mang, di chuyển và thao tác với đồ vật
 - Đi lại và di chuyển (gồm cả bò, leo trèo, chạy, nhảy và bơi)
 - Vận động di chuyển với hỗ trợ của dụng cụ trợ giúp
- Tình trạng tâm thần và giao tiếp

3.2 Thiết Lập Mục Tiêu

Nhóm đa chuyên ngành cần phải:

- Thiết lập các mục tiêu PHCN sau khi đã tiến hành lượng giá người bệnh CTSN. Các mục tiêu phải đảm bảo:
 - Có ý nghĩa và có liên quan đến người bệnh CTSN
 - Tập trung vào hoạt động và sự tham gia
 - Khó khăn thử thách với người bệnh nhưng có thể đạt được
 - Bao gồm cả các yếu tố ngắn hạn và dài hạn.
- Cần đảm bảo rằng các buổi họp thiết lập mục tiêu:
 - Được xếp lịch vào tuần làm việc
 - Có sự tham gia của người bệnh CTSN, và, khi thích hợp, gia đình hoặc người chăm sóc - trong cuộc thảo luận.
- Cần đảm bảo rằng trong các buổi họp thiết lập mục tiêu, người bệnh CTSN được:
 - Giải thích về quá trình thiết lập mục tiêu.
 - Cung cấp các thông tin họ cần ở dạng mà họ có thể truy cập.

- Hỗ trợ những gì họ cần để đưa ra các quyết định và tham gia tích cực trong việc thiết lập mục tiêu.
- Cần gửi cho mọi người trong Nhóm đa chuyên ngành một bản sao các mục tiêu PHCN đã được thống nhất sau mỗi buổi họp thiết lập mục tiêu (NICE, 2014).

Một ví dụ về các mẫu thiết lập mục tiêu có thể tìm thấy trong Phụ lục 2.

3.3. Các Chiến lược Xử lý và Phòng ngừa

3.3.1. CTSN Nhẹ

Bên cạnh có điểm số Thang điểm Hôn mê Glasgow (GCS) từ 13-15, một CTSN có thể được phân loại là nhẹ nếu mất ý thức và/hoặc lú lẫn và mất định hướng ngắn hơn 30 phút (Xem hình ở trang 26).

Trong khi kết quả chụp MRI và CT thường là bình thường, người bệnh có thể có những vấn đề về nhận thức như là nhức đầu, suy nghĩ khó khăn, các vấn đề về trí nhớ, chú ý kém, thay đổi tâm trạng và thất vọng. Những tổn thương này thường không được chú ý đến.

Cho dù loại CTSN này được gọi là "nhẹ", nhưng ảnh hưởng lên gia đình và người bệnh có thể nặng nề.

Các triệu chứng thường gặp ở CTSN nhẹ bao gồm:

- Mệt mỏi
- Nhức đầu
- Các rối loạn thị giác
- Mất trí nhớ
- Kém chú ý/tập trung
- Rối loạn giấc ngủ
- Chóng mặt/mất thăng bằng
- Dễ kích thích-rối loạn cảm xúc
- Trầm cảm
- Động kinh
- Buồn nôn
- Mất nhận biết mùi
- Nhạy cảm với ánh sáng và âm thanh
- Thay đổi tâm trạng
- Cảm giác bị lạc hoặc lẫn lộn
- Suy nghĩ chậm chạp

Lưu ý quan trọng:

- Không có chứng cứ cho thấy các triệu chứng không phức tạp cần được điều trị khác biệt ở người CTSN nhẹ và những người khác có các triệu chứng đó. Tất cả người

bệnh cần được trấn an về bản chất của các triệu chứng này và khuyến cáo dần dần trở lại các hoạt động bình thường ^[B].

- Đối với những người bệnh CTSN nhẹ có những triệu chứng dai dẳng, không đáp ứng với sự động viên và an ủi của người điều trị trong vòng 3 tháng, thì có thể cân nhắc để giới thiệu họ đến dịch vụ trị liệu nhận thức hành vi. (SIGN, 2013)
- Có thể sử dụng các công cụ sàng lọc chức năng nhận thức.
- Giáo dục và khuyến cáo cho người bệnh CTSN và cho gia đình/người chăm sóc quan sát bất kỳ thay đổi nào xuất hiện ở nhà (ví dụ như các thay đổi về hành vi/mức độ tỉnh táo).
- Có thể sử dụng một tờ thông tin khi xuất viện để tìm ra các triệu chứng như vậy và những việc cần phải làm (xem Phụ lục 11 Ví dụ về sách nhỏ, tờ gấp được, giấy xuất viện cho người bệnh Chấn thương Đầu Nhẹ RMH).

Ghi chú: Một số các triệu chứng kể trên có thể không xuất hiện hoặc không được ghi nhận tại thời điểm bị chấn thương. Chúng có thể xuất hiện chậm vài ngày hoặc vài tuần trước khi xuất viện. Các triệu chứng này thường khó nhận thấy và thường bị người bệnh, gia đình và bác sĩ bỏ sót.

3.3.2. CTSN Vừa và Nặng

(I) Các Rối loạn Ý thức kéo dài (Prolonged Disorders of Consciousness, PDOC)

Sau chấn thương não nặng, nhiều người bệnh CTSN có thể tiến triển qua các giai đoạn ý thức khác nhau bao gồm các giai đoạn hôn mê, tình trạng thực vật (Vegetative State, VS), Quên sau Chấn thương (PTA) cho đến khi họ trở lại trạng thái ý thức đầy đủ. Một số người bệnh sẽ vẫn còn ở trong tình trạng thực vật và có thể được xem là rối loạn ý thức kéo dài (prolonged disorders of consciousness, PDOC), nghĩa là tồn tại lâu hơn 4 tuần.

Những người bệnh CTSN này nên được chuyển đến và xử lý bởi các đơn vị chuyên về PDOC. Người bệnh phải được thăm khám bởi ít nhất hai bác sĩ chuyên về đánh giá các rối loạn ý thức. Những bác sĩ này cần tham khảo các quan điểm của nhân viên y tế, các nhân viên lâm sàng khác bao gồm các nhà tâm lý thần kinh lâm sàng, các kỹ thuật viên hoạt động trị liệu và kỹ thuật viên vật lý trị liệu, người chăm sóc và người thân về các phản ứng và đáp ứng của người bệnh (Hiệp Hội Các Bác sĩ Hoàng Gia Anh quốc, 2013).

(II) Hôn mê

Là trạng thái người bệnh không tuân theo mệnh lệnh, không nói và không mở mắt được (nghĩa là, GCS 8 điểm hoặc thấp hơn). (NICE, 2014)

Điều trị

Nhằm để:

- Giữ vệ sinh tốt
- Đảm bảo cung cấp dịch và dinh dưỡng

- Thiết lập và duy trì đường thở thông thoáng
- Ngăn ngừa nhiễm trùng hô hấp
- Đặt tư thế đúng và xoay trở thường xuyên

> Giữ vệ sinh tốt

- Để phòng ngừa nhiễm trùng và tổn thương da (bao gồm cả loét do tỳ đè) mà có thể làm tình trạng xấu đi và cản trở sự hồi phục
- Cần xử lý tiểu tiện không tự chủ
- Giữ cho người bệnh CTSN sạch sẽ

Để biết thêm thông tin, xin tham khảo tài liệu y tế và điều dưỡng có liên quan.

> Đảm bảo Cung cấp Dịch và Dinh dưỡng

- Tất cả những người bệnh CTSN cần được theo dõi chặt chẽ với tình trạng cung cấp dịch và dinh dưỡng. Cần bồi phụ dịch một cách thích hợp để điều trị hoặc phòng ngừa mất nước.
- Tất cả những người bệnh CTSN cần được sàng lọc về suy dinh dưỡng
- Các người bệnh, những người có nguy cơ suy dinh dưỡng, kể cả những người bị khó nuốt, nên được giới thiệu đến một chuyên gia dinh dưỡng để được lượng giá và xử lý liên tục.
- Những người bệnh CTSN ở trong tình trạng hôn mê cần được:
 - Cho ăn qua ống thông (mũi - dạ dày) trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện
 - Cân nhắc sử dụng ống thông mũi có móc (bridle) hoặc phẫu thuật mở thông dạ dày nếu người bệnh không thể chịu đựng được ống thông mũi - dạ dày

Để biết thêm thông tin, xin tham khảo tài liệu về điều dưỡng có liên quan.

> Phòng ngừa nhiễm trùng hô hấp:

- Nhằm phòng ngừa tình trạng suy giảm sức khoẻ và tử vong.
- Đặt tư thế trị liệu và thay đổi tư thế mỗi 2 giờ để tạo điều kiện cho không khí vào tất cả các vùng của phổi.
- (Nếu cần) có thể hút đờm giải để làm sạch và thông đường thở.

> Đặt tư thế trị liệu phù hợp và xoay trở thường xuyên

- Nhằm thúc đẩy và tạo điều kiện phục hồi tối ưu với CTSN thông qua:
 - Giúp bình thường hoá trương lực cơ.
 - Cung cấp thông tin cảm giác thích hợp.
 - Phòng ngừa các biến chứng như loét do tỳ đè, co rút, đau và các vấn đề hô hấp
- Nên thay đổi tư thế nằm mỗi 2 giờ.

- Có thể cần các trang bị đặc biệt như:
 - Nệm cứng (nệm mềm gây khó khăn cho tạo thuận vận động chủ động)
 - Gối chêm và cuộn xốp/vải để giúp duy trì các tư thế trị liệu cần thiết
- Cần thận khi thao tác với người bệnh
- Đối xử như thể người bệnh có thể nghe được mọi cuộc trò chuyện

Xem hình Đặt tư thế trị liệu- Phụ lục 3

Ghi chú: Theo dõi thường xuyên các dấu hiệu sinh tồn (đặc biệt là huyết áp, nhịp tim, nhịp thở) và đánh giá khả năng dung nạp với từng tư thế

Để biết thêm thông tin, xin tham khảo tài liệu về y học và điều dưỡng liên quan.

(III) Tình trạng thực vật kéo dài (PVS)

Đây là một rối loạn về ý thức, trong đó các người bệnh bị tổn thương não nặng nề ở trong một trạng thái thức tỉnh một phần chứ không tỉnh hẳn. Sau bốn tuần ở tình trạng thực vật (VS), người bệnh được phân loại là ở tình trạng thực vật kéo dài (PVS). Sau một năm từ khi chấn thương, chẩn đoán được xếp là tình trạng thực vật vĩnh viễn (Permanent Vegetative State).

Chẩn đoán tình trạng thực vật chỉ có thể được thực hiện tối thiểu là 1 tháng sau khi chấn thương và cần hội đủ tất cả các đặc điểm sau đây (SIGN, 2013):

- Không có bằng chứng về nhận biết bản thân hoặc môi trường và không có khả năng tương tác với người khác.
- Không có bằng chứng về các phản ứng hành vi chủ ý, hoặc có mục đích có khả năng lặp lại, bền vững, đối với các kích thích thị giác, thính giác, xúc giác hoặc đau.
- Không có bằng chứng về hiểu hoặc diễn đạt ngôn ngữ.
- Sự tỉnh táo không thường xuyên biểu hiện bằng sự xuất hiện của chu kỳ thức - ngủ.
- Các chức năng tự động của thân não và vùng dưới đồi được bảo tồn đầy đủ đảm bảo sự sống (tồn tại) với chăm sóc y tế và điều dưỡng.
- Mất kiểm soát đại và tiểu tiện.
- Các phản xạ dây thần kinh sọ não và phản xạ dây thần kinh gai sống được bảo tồn một phần.

Ý kiến các chuyên gia cho rằng vấn đề vĩnh viễn của tình trạng thực vật có thể được đưa ra khi một người bệnh vẫn duy trì trong một tình trạng >12 tháng sau tổn thương não do chấn thương và >3 tháng sau một tổn thương não không do nguyên nhân chấn thương (như thiếu oxy não).

Sau thời điểm này, sự hồi phục ý thức có thể được xem như khó có thể xảy ra nhưng không phải là không thể xảy ra.

Điều trị

Người bệnh ở trong “tình trạng thực vật” có thể phục hồi trong một khoảng thời gian kéo dài, do đó điều quan trọng là không để các biến chứng nghiêm trọng xảy ra. Do đó việc điều trị là nhằm mục đích duy trì (xem Hôn mê - ở trên).

(IV) Chứng Quên Sau Chấn thương (PTA)

- Là một trạng thái lẫn lộn xảy ra ngay sau tổn thương não do chấn thương, trong đó người bị chấn thương bị mất định hướng và không thể nhớ những sự kiện xảy ra sau chấn thương.
- Người bệnh có thể không thể nói được tên của mình, nơi chốn, và thời gian hiện tại.
- Trong khi PTA tiếp diễn, các sự kiện mới không thể được lưu trữ trong bộ nhớ.
- Nhận thức về môi trường của họ có thể bị bóp méo và người bệnh có thể không nhận thức được tình trạng của họ và cần phải nhập viện. Điều này có thể làm nặng thêm sự lẫn lộn hoặc sợ hãi của người bệnh. Sự lẫn lộn và mất định hướng như vậy có thể dẫn đến tình trạng bồn chồn, kích động, gây hấn bằng lời nói và hành động và người bệnh thường đi lang thang (Snow and Ponsford, 2013)
- Khi trí nhớ liên tục trở lại, PTA được xem là đã kết thúc.
- Các nghiên cứu chứng tỏ rằng thời gian PTA càng dài thì khiếm khuyết về trí tuệ càng nặng và càng ít có khả năng trở lại làm việc (SIGN, 2013; Nhóm các Hướng dẫn New Zealand, 2006; NICE, 2014)

Sàng lọc PTA

- Thang điểm Quên Sau Chấn thương Westmead (Xem Phụ lục 4) ¹
- Sàng lọc này thường được thực hiện bởi các kỹ thuật viên HDTL

Điều trị

- Những người bệnh CTSN khi bị PTA ít được trị liệu trong thời gian PTA để giảm thiểu nguy cơ bị kích động nhưng có lý do cho thấy trị liệu vào thời điểm này thực sự có thể cải thiện chức năng của người bệnh và giúp giảm thời gian nằm viện (ISCRR, 2017).
- Điều trị được thiết kế để giúp cho người bệnh CTSN vận động và an toàn.
- Phương pháp điều trị PTA tốt nhất là tuân thủ các nguyên tắc điều trị hành vi trong đó đội ngũ nhân viên y tế tạo một môi trường giảm thiểu sự kích động. Các môi trường ồn ào và kích thích quá mức có xu hướng làm cho người bệnh đang bị PTA kích động do đó tạo ra môi trường yên tĩnh, an toàn và an ninh là điều rất quan trọng. Người bệnh nên ở phòng riêng và dành nhiều thời gian ở đó để làm quen với môi trường của họ. Những người bệnh CTSN trong trạng thái này mà có thể đi được nên được phép đi dạo với sự giám sát. Có đội ngũ nhân viên cố định, các bức

¹ Thang điểm Westmead tương đương với MOPTAS (Thang điểm Quên Sau Chấn thương Oxford có chỉnh sửa, Modified Oxford post-traumatic amnesia scale)

ảnh gia đình và bảng chỉ đường cũng làm cho người bệnh quen với môi trường của họ.

- Cần hạn chế số người thăm viếng và khuyến cáo họ tiếp xúc với người bệnh CTSN trong khoảng thời gian ngắn.
- Người bệnh đang bị PTA thường mệt mỏi và cần ngủ nhiều hơn, và cần khuyến khích điều này
- Cần trấn an gia đình/ người chăm sóc và có thể cung cấp các thông tin tài liệu cho gia đình/người chăm sóc tại thời điểm này.

3.3.3. Giai đoạn Hậu Cấp cứu (Bệnh viện và Cộng đồng)

Một khi ra khỏi Khoa cấp cứu, các biện pháp sau đây cần được xem là một phần của PHCN cho người bệnh CTSN ổn định nội khoa. Những biện pháp này có thể được thực hiện tại bệnh viện hoặc tại cộng đồng (NICE, 2014; SIGN, 2013):

- Dáng đi, Thăng bằng và khả năng Vận động di chuyển
- Co cứng và Trương lực cơ
- Các Can thiệp điều trị Vật lý.
- Các vấn đề về kiểm soát tiểu tiện
- Phục hồi chức năng Nhận thức
- PHCN các Rối loạn Hành vi và Cảm xúc
- Trầm cảm và lo âu.
- Chức năng Thị giác không gian.
- Giao tiếp và nuốt.
- Rối loạn chức năng Tình dục.
- Điều trị đau.
- PHCN nghề nghiệp.

(I) Dáng đi, Thăng bằng và Vận động di chuyển

Đánh giá: Thang điểm Thăng bằng Berg (Phụ lục 5), Thang điểm Tinetti (Phụ lục 6)

Ngồi và Thăng bằng ngồi

- Người bệnh bị chấn thương sọ não không thể giữ thăng bằng ngồi cần được cấp một chiếc xe lăn phù hợp và các biện pháp nâng đỡ ngồi phù hợp, và thường xuyên xem xét lại hệ thống ngồi khi nhu cầu của họ thay đổi^[C].
- Trẻ em và thanh thiếu niên cần được cung cấp xe lăn và biện pháp nâng đỡ ngồi phù hợp với lứa tuổi^[C].
- Những người bệnh có nhu cầu tư thế phức tạp cần được giới thiệu đến một nhóm chuyên gia liên ngành, bao gồm chuyên gia có chuyên môn về tư thế ngồi^[C].

Đi lại (Dáng đi)

- Những người bệnh có vấn đề về khả năng vận động di chuyển cần được xem xét sử dụng các dụng cụ trợ giúp đứng hoặc đi phù hợp ^[C].
- Có thể hướng dẫn lại dáng đi bằng sử dụng máy tập đi có nâng đỡ một phần trọng lượng cơ thể, tập ở thanh song song ^[B].
- Tập mạnh cơ có thể giúp kiểm soát vận động và do đó trợ giúp cho dáng đi và chức năng.
- Tập đi lại và vận động giúp cải thiện sức bền tim phổi (Nhóm Các Hướng dẫn New Zealand, 2006)
- Các dụng cụ trợ giúp và dụng cụ chỉnh hình: các dụng cụ chỉnh hình như dụng cụ chỉnh hình cổ bàn chân hoặc nẹp bàn tay có thể giúp một số người bệnh duy trì tư thế bình thường hoặc làm vững trong các vận động chức năng. Những người bệnh có vấn đề về vận động di chuyển cần được xem xét sử dụng các dụng cụ trợ giúp đứng và đi phù hợp để cải thiện độ vững, có thể bao gồm các dụng cụ chỉnh hình cổ bàn chân ^[C].
- Cần phải chú ý khi lắp dụng cụ chỉnh hình nhằm tránh các vùng đè ép, đặc biệt khi có biến dạng hoặc giảm cảm giác.
- Nếu cung cấp dụng cụ chỉnh hình thì nó cần phải vừa và hợp với người bệnh
- Công nghệ robot có thể sẽ có sẵn trên quy mô rộng hơn.

(II) Co cứng và Trương lực cơ

Đánh giá: Thang điểm Ashworth có chỉnh sửa (MAS) (Phụ lục 7)

Trong CTSN co cứng có bệnh sinh tương tự như trong những bệnh gây hội chứng neurone vận động trên (nghĩa là liệt trung ương), như là CTSN.

- Co cứng có thể tăng lên bởi nhiều loại kích thích (như bàng quang căng, loét do tỳ đè) và do đó các vấn đề này cần được xử lý thích hợp.
- Kiểm soát đau và đánh giá tư thế nằm, ngồi là những cân nhắc đầu tiên quan trọng trong xử lý co cứng.
- Có thể xem xét sử dụng nẹp, bó bột, kéo dẫn thụ động trong những trường hợp co rút và biến dạng tăng tiến. ^[B]
- Nên sử dụng độc tố Botulinum phối hợp với những tác động từ kỹ thuật viên VLTL/HĐTL/chuyên viên chỉnh hình khi thích hợp ^[B]
- Tiêm phong bế thần kinh
- Thuốc uống.
- Phòng ngừa co cứng là điều quan trọng. Có thể phòng ngừa bằng khuyến khích các mẫu vận động và chức năng bình thường, giảm đau và khó chịu, giảm sợ hãi và cẩn thận khi thao tác với người bệnh CTSN ^[GPP].

Xử lý Co rút

- Co rút là rút ngắn các mô mềm dẫn đến giảm tầm vận động khớp (ROM) do các khiếm khuyết (ví dụ như yếu hoặc co cứng) và đặt tư thế xấu kéo dài. Đặc biệt phổ biến là mất vận động xoay ngoài vai, duỗi khuỷu, quay ngoài cẳng tay, duỗi cổ tay và ngón tay và dạng ngón cái, gập mu cổ chân và xoay trong khớp háng.
- Những người bệnh bị yếu liệt cơ nặng đặc biệt có nguy cơ hình thành co rút bởi vì bất kỳ khớp hoặc cơ nào không được thường xuyên di chuyển hoặc kéo dài đều có nguy cơ bị các biến chứng mô mềm, cuối cùng sẽ làm hạn chế vận động và có thể gây đau.
- Mặc dù mô mềm được cho là cần phải được kéo dài để phòng ngừa co rút, nhưng can thiệp phù hợp nhất để phòng ngừa hoặc xử lý co rút hiện vẫn chưa được rõ và các chuyên gia có ý kiến trái chiều nhau.
- Để đảm bảo duy trì tầm vận động, cần phải theo dõi các cơ có nguy cơ bị rút ngắn.
- Cần áp dụng các phương pháp điều trị thông thường (như kéo giãn, khuyến khích vận động di chuyển, làm mạnh cơ) cho những người bệnh CTSN có nguy cơ hoặc đã hình thành co rút.

Các kỹ thuật viên vật lý trị liệu đóng một vai trò quan trọng trong việc phòng ngừa và xử lý các trường hợp co rút.

Viêm cơ cốt hoá/Cốt hóa lạc chỗ

- Phòng ngừa biến chứng này là quan trọng nhất, chẳng hạn như cẩn thận không kéo giãn quá mức các khớp, đặc biệt nếu thực hiện các vận động thụ động.
- Nếu biến chứng này xuất hiện thì cần phải nghỉ ngơi và cẩn thận khi thao tác với khớp bị ảnh hưởng.

(III) Các can thiệp trị liệu Hoạt động trị liệu

- Sinh hoạt hàng ngày (ADL)
- Chức năng chi trên

Sinh hoạt hàng ngày (ADL)

Đánh giá: Chỉ số Barthel và Đo lường Độc lập Chức năng (FIM) (Phụ lục 8) ²

- Tất cả các nhiệm vụ sinh hoạt hàng ngày cần được tập luyện trong môi trường thực tế và thích hợp nhất, với cơ hội thực hành kỹ năng ngoài các buổi trị liệu ^[C].
- Cần xây dựng và thực hiện một chương trình điều trị riêng theo cá nhân nhằm gia tăng tối đa sự độc lập trong các lĩnh vực tự chăm sóc, lao động và giải trí ^[C].
- Gia đình và người chăm sóc cần tham gia thiết lập các thói quen thích hợp nhất cho các sinh hoạt hàng ngày cho người bệnh CTSN, có tính đến lối sống và những lựa chọn của họ ^[C].

² Cần huấn luyện cụ thể trước khi có thể sử dụng thang điểm FIM.

- Tất cả những người bệnh CTSN gặp khó khăn trong các sinh hoạt hàng ngày cần phải được lượng giá bởi các kỹ thuật viên HĐTL, điều dưỡng hoặc cán bộ y tế khác có chuyên môn và kinh nghiệm về chấn thương sọ não ^[C].
- Các dịch vụ chăm sóc y tế cần nhận thức rằng chăm sóc cho người bị chấn thương sọ não có thể có nghĩa là giám sát và thực hành các kỹ năng sống ở cộng đồng chứ không phải là chăm sóc thể chất trực tiếp ^[C].
- Cần cung cấp các chương trình tập luyện để cải thiện chức năng. Các bài tập là nhằm mục đích sử dụng chức năng ^[C].

Tạo thuận Chức năng Chi trên

- Thông thường sự hồi phục hoạt động của chi trên xảy ra nhanh nhất trong 6 tháng đầu sau chấn thương.
- Cần khuyến khích thực hành các hoạt động của chi trên đặc biệt chú trọng đến các hoạt động tập theo tác vụ cụ thể và chức năng
- Các loại can thiệp khác có thể là:
 - Tập theo tác vụ lặp lại như vươn tới, nắm bắt, chỉ, di chuyển và điều khiển các đồ vật trong các nhiệm vụ chức năng ^B
 - Thực hành qua tưởng tượng (mental practice) có thể được xem như là một kỹ thuật hỗ trợ cho tập luyện thông thường để cải thiện chức năng của chi trên
 - Những người bệnh gặp khó khăn khi sử dụng chi trên cần có cơ hội thực hành càng nhiều càng tốt các hoạt động của chi trên, đặc biệt là các nhiệm vụ chức năng và có mục đích
 - Đeo nẹp
 - ✓ Đối với những người bệnh CTSN (cũng giống như những người bệnh sau đột quy) có nguy cơ hoặc đã hình thành co cứng và đang được chăm sóc PHCN toàn diện, việc đeo nẹp hoặc đặt các cơ ở tư thế kéo dãn trong một thời gian dài một cách thường quy không được khuyến cáo. Nhưng nên cân nhắc sử dụng nẹp cổ bàn tay ở những người bệnh có nguy cơ, ví dụ như những người có bàn tay bất động do yếu, tăng trương lực cơ.
 - ✓ Nếu sử dụng nẹp cổ bàn tay, chúng cần phải được các nhân viên y tế có trình độ lượng giá và lắp đặt và phải lập kế hoạch đánh giá lại.
 - ✓ Khi chỉ định nẹp, điều quan trọng là phải hướng dẫn cho người bệnh CTSN và gia đình/người chăm sóc cách mang/tháo và cách chăm sóc nẹp. Cũng cần hướng dẫn việc theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu đỏ da và tổn thương da.
 - Trị liệu với Robot, thực tế ảo, kích thích điện, đeo đai...

(IV) Các vấn đề về kiểm soát đại tiểu tiện

Cần phải tiến hành đánh giá đầy đủ chức năng bàng quang và đường ruột trong thời gian nhiều ngày sau khi nhập viện. Cần xem xét đến chức năng thể chất, nhận thức và cảm xúc của người bệnh và nhóm đa chuyên ngành nên phối hợp để lập kế hoạch can thiệp cho từng cá nhân.

Một kế hoạch phục hồi chức năng cho tiểu không tự chủ cần bao gồm ^[C]:

- Một chương trình theo dõi đều đặn.
- Các biện pháp để thông báo cho người chăm sóc biết người bệnh có nhu cầu đi tiểu khi có vấn đề về giao tiếp.
- Một chế độ đi vệ sinh dựa trên kỹ thuật củng cố trong trường hợp suy giảm nhận thức.

Sau khi bị CTSN, táo bón là vấn đề thường gặp do bất động, sử dụng thuốc có tác dụng phụ kháng cholinergic, xấu hổ vì thiếu sự riêng tư, ăn uống kém. Táo bón có thể trầm trọng thêm do các vấn đề thần kinh khác kèm theo như tổn thương cột sống. Táo bón có thể gây khó chịu và làm co cứng trầm trọng thêm.

Cần phải bắt đầu một chương trình xử lý đường ruột tích cực để thiết lập mẫu bình thường của người bệnh càng sớm càng tốt, với sự hỗ trợ và giúp đỡ của người chăm sóc chính khi thích hợp. Điều này bao gồm (Nhóm Các Hướng dẫn của NewZeland, 2006) [C]:

- Đảm bảo đủ lượng nước đưa vào.
- Sử dụng các chất nhuận tràng tự nhiên như mận, quả Kiwi hoặc thuốc nhuận tràng tạo khối đơn giản (nếu uống đủ nước).
- Khuyến khích tập vận động và đứng, nếu được.
- Tránh dùng các thuốc làm giảm nhu động ruột, như codeine và thuốc chống trầm cảm ba vòng.
- Chú ý đảm bảo sự riêng tư và thoải mái tối đa khi đi vệ sinh.
- Nâng đỡ người bệnh ngồi để đại tiện lên một bệ xí hoặc bồn vệ sinh sớm nhất nếu an toàn, và vào một thời gian đều đặn mỗi ngày.

(V) Phục hồi chức năng Nhận thức

Đánh giá: Thang điểm Rancho Los Amigos Scale (RLAS) (số 8 thường được sử dụng ở Việt Nam)

Bản chất của các khiếm khuyết nhận thức do CTSN phần nào phụ thuộc vào mức độ trầm trọng và vị trí của tổn thương. Các khiếm khuyết nhận thức có thể bao gồm: các khó khăn trong việc hiểu và/hoặc tạo lời nói; các khó khăn với chú ý, trí nhớ và khả năng tập trung; các khó khăn với việc bắt đầu và lập kế hoạch hoạt động hàng ngày; và các khiếm khuyết trong các nhiệm vụ nhận thức khác như suy luận, phán đoán, bắt đầu, lập kế hoạch, giải quyết vấn đề và ra quyết định. Các khiếm khuyết tương đối nhẹ hơn trong các lĩnh vực như ưu tiên và ra quyết định có thể có ảnh hưởng sâu sắc đến hoạt động chức năng.

PHCN nhận thức cần bao gồm:

- Trong giai đoạn cấp tính, xử lý trong một môi trường có cấu trúc và không gây phân tâm, các chương trình hướng mục tiêu cho những người bệnh có khó khăn về chức năng điều hành ^[A].

- Cố gắng tăng cường sự chú ý và các kỹ năng xử lý thông tin (chức năng điều hành)^[B]
- Hướng dẫn các kỹ thuật bù trừ ví dụ như là các chiến lược bù trừ trí nhớ chú trọng vào việc cải thiện hoạt động hàng ngày thay vì khiếm khuyết trí nhớ^[C].
- Sử dụng các trợ giúp trí nhớ bên ngoài^[A]

Cần cung cấp thông tin và hỗ trợ liên tục cho gia đình và người chăm sóc nếu cần thiết để giúp họ hiểu các vấn đề về nhận thức và hành vi, hướng dẫn cách tương tác phù hợp với người bị CTSN và cách tiếp cận các dịch vụ chăm sóc.

Để được hướng dẫn thêm về Phục hồi chức năng nhận thức, xin tham khảo: Các Hướng dẫn Hoạt động trị liệu cho CTSN.

(VI) Phục hồi chức năng các vấn đề về Hành vi

Một người bệnh bị CTSN có thể có những ảnh hưởng về mặt tâm lý/hành vi do chấn thương. Các biểu hiện này có thể bao gồm những thay đổi bên ngoài về hành vi và tính cách có thể phát hiện được, chẳng hạn như tăng kích thích, kích động, bốc đồng, mất ức chế và gây hấn bằng lời nói và/hoặc hành động. Họ cũng có xu hướng đi lang thang. Có thể có những thay đổi về tâm trạng, với các biểu hiện như dễ thay đổi cảm xúc, trầm cảm, lo lắng, muốn tự sát, và những khó khăn về tình dục. Cũng có thể có những thay đổi trong các mối quan hệ của người bệnh với người khác, và người bệnh có xu hướng xem mình là trung tâm và cô lập hơn.

Những thay đổi hành vi này thường gây ra các phản ứng tiêu cực từ gia đình, bạn bè và những người khác mà người bệnh CTSN tiếp xúc, và điều này có thể cản trở sự hồi phục của người bệnh .

Những khó khăn trong lĩnh vực này được gia đình xem là khó đối phó nhất sau khi bị CTSN. Những thay đổi này có thể dẫn đến cô lập xã hội, và có thể cần tư vấn cho người bệnh và hỗ trợ liên tục cho gia đình.

Những người bệnh CTSN và gia đình họ có thể cần được lượng giá và can thiệp tâm lý. Các gia đình cũng có thể cần được giải thích về các vấn đề hành vi này và hướng dẫn để can thiệp thích hợp^[C].

(VII) Trầm cảm và Lo âu

Trầm cảm và các rối loạn lo âu là phổ biến sau CTSN, đặc biệt là trầm cảm.

Rối loạn tâm thần sau CTSN cũng được xác nhận (Nhóm Các Hướng dẫn New Zealand, 2006).

Trầm cảm và các rối loạn tâm trạng khác, các rối loạn lo âu, và các rối loạn sức khoẻ tâm thần khác sau chấn thương có thể ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả của PHCN và hoạt động chức năng và chất lượng cuộc sống của người bệnh CTSN và cả người chăm sóc.

Ở những người bệnh CTSN bị trầm cảm, các khiếm khuyết về nhận thức và động cơ do trầm cảm gây ra sẽ làm nặng thêm các khiếm khuyết do CTSN, tăng mức độ khuyết tật và làm giảm hiệu quả của PHCN.

Do đó điều quan trọng là phải nhận biết và điều trị trầm cảm ở người bệnh CTSN.

Các vấn đề chính cần được cân nhắc là xác định xem:

- Trầm cảm có nặng nề đến mức ảnh hưởng đến sức khoẻ hoặc cản trở sự phục hồi hay không?
- Trầm cảm có khả năng đáp ứng tốt hơn với thuốc chống trầm cảm hay là các can thiệp khác.
- Thuốc chống trầm cảm có an toàn và có thể chấp nhận được cho người bệnh hay không?
- Làm thế nào để theo dõi hiệu quả của điều trị?
- Cần tiếp tục điều trị trong bao lâu?

Sử dụng một công cụ sàng lọc trầm cảm thích hợp, cho người lớn hoặc trẻ em, nên là một phần của thực hành thường quy. Ví dụ như thang điểm trầm cảm và lo âu ở bệnh viện (HADS) (xem phụ lục 13). Không nên sử dụng các công cụ sàng lọc trầm cảm như là một chỉ dẫn duy nhất để bắt đầu điều trị. Chẩn đoán cần bao gồm đánh giá lâm sàng bởi một chuyên gia có kinh nghiệm trong xử lý người bệnh CTSN.

(VIII) Chức năng Thị giác không gian

- Những người bệnh bị mất thị giác và/hoặc thính giác cần phải được lượng giá và điều trị bởi một nhóm chăm sóc có kinh nghiệm hoặc kết hợp với một dịch vụ chuyên khoa ^[C]
- Những người bệnh bị CTSN có rối loạn thị giác cần được lượng giá bởi một nhóm bao gồm ^[A]:
 - Bác sĩ nhãn khoa.
 - Chuyên viên chỉnh thị khi có vấn đề với vận động mắt/nhìn đôi.
 - Những người có chuyên môn PHCN cho người khiếm thị.
- Tất cả những người bệnh CTSN mắc phải vấn đề không chú ý về thị giác hoặc các khiếm khuyết về thị trường kéo dài cần được chỉ định các bài tập chuyên biệt ^[A].

(IX) Giao tiếp và Nuốt

Đánh giá: Thang điểm GUSS (Sàng lọc nuốt GUSS) (Phụ lục 9) và Lượng giá khả năng nuốt Mann (MASA) (Phụ lục 10).

Giao tiếp

- Người bệnh bị CTSN có những khó khăn về giao tiếp cụ thể cần phải được lượng giá bởi một chuyên gia về ngôn ngữ trị liệu để xem xét có phù hợp để trị liệu âm ngữ hay không ^[B].
- Cần phải xác định được các mục tiêu có thể đạt được và xây dựng một kế hoạch điều trị phù hợp và theo dõi tiến triển ^[A].
- Một chương trình PHCN giao tiếp cần xét đến kiểu giao tiếp trước khi bị bệnh và các khiếm khuyết về nhận thức của người bệnh và cần kết hợp cả gia đình/người chăm sóc khi xây dựng các chiến lược giao tiếp tối ưu.
- Cần sử dụng các dụng cụ hỗ trợ giao tiếp bao gồm các hình vẽ cử chỉ, bảng các hình ảnh giao tiếp và các hệ thống máy tính khi thích hợp ^[B].

Nuốt

(SIGN, 2014)

- Khó nuốt thường được lượng giá bởi kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu kết hợp cả các lượng giá tại giường và bằng công cụ ^[C]. Hai lượng giá bằng công cụ được sử dụng rộng rãi nhất là quay video nuốt có cân quang và đánh giá khả năng nuốt bằng nội soi (FEES). Đánh giá bằng công cụ cho phép chẩn đoán các vấn đề về nuốt ở giai đoạn đầu, bao gồm hít phải. Do đó nó cho phép đưa ra các quyết định với đầy đủ thông tin về phương pháp cho ăn uống và điều trị, đồng thời giúp tránh nguy cơ hít sặc thẫm lặng, so với lượng giá ở tại giường đơn thuần.
- Xử lý khó nuốt có ý nghĩa quan trọng trong việc duy trì dinh dưỡng và cung cấp dịch cũng như phòng ngừa các biến chứng, như nhiễm trùng hô hấp. Xử lý chứng khó nuốt sau CTSN thường kết hợp các kỹ thuật bù trừ, các bài tập phục hồi và thay đổi thích hợp kết cấu của chế độ ăn uống.
- Các kỹ thuật bù trừ được thiết kế để cho phép ăn qua đường miệng mặc dù có các khiếm khuyết về nuốt; ví dụ như, thay đổi tư thế hoặc kỹ thuật nuốt để nuốt an toàn hơn.
- Các bài tập phục hồi nhằm mục đích trực tiếp cải thiện sinh lý nuốt, ví dụ như các bài tập nhằm tăng cường sức mạnh của lưỡi để cải thiện vận chuyển thức ăn ở miệng.
- Thay đổi kết cấu thức ăn được thực hiện khi nuốt an toàn chỉ có thể đạt được với các kết cấu thức ăn riêng biệt, như chế độ ăn với thức ăn được xay nhỏ khi khả năng chuẩn bị thức ăn ở miệng (nghĩa là nhai) bị suy giảm.

(X) Các vấn đề về Rối loạn chức năng Tình dục

- Nên sớm tạo cơ hội thảo luận các vấn đề liên quan đến tình dục sau chấn thương sọ não nặng, cả với người bệnh và bạn tình của họ. Điều này nên được bắt đầu bởi các chuyên gia y tế.
- Tư vấn về tình dục cần bao gồm khía cạnh thể chất (ví dụ như tư thế, các khiếm khuyết về cảm giác, rối loạn chức năng cương, thuốc) và cả các khía cạnh tâm lý (ví dụ như giao tiếp, sợ hãi, thay đổi vai trò và cảm giác hấp dẫn) ^[C].

- Gia đình/người chăm sóc cần được trấn an rằng hành vi tình dục không thích hợp không phải là bất thường ở những người bệnh CTSN đang hồi phục ở giai đoạn đầu và nó sẽ cải thiện dần theo thời gian và họ cần được huấn luyện làm thế nào để tránh vô tình khuyến khích loại hành vi này^[C].
- Nếu hành vi tình dục không thích hợp nặng nề, nguy hiểm hoặc kéo dài, nó cần phải được giải quyết như là một phần của chương trình PHCN cho người bệnh^[C].

(XI) Xử lý Đau

Lượng giá toàn diện về đau ở những người bệnh CTSN bao gồm đánh giá cẩn thận không chỉ về nguyên nhân và các yếu tố liên quan, mà cả ảnh hưởng của đau lên chức năng và chất lượng sống tổng thể của người bệnh.

Đau trong CTSN thường không được chẩn đoán đầy đủ và có liên quan đến các kết quả xấu. Những người bệnh có các khiếm khuyết về giao tiếp và nhận thức thường không thể mô tả các triệu chứng cảm giác của họ. Các nhà trị liệu cần cảnh giác với khả năng đau ở những người có khó khăn trong giao tiếp, và chú ý đến các dấu hiệu không lời của đau^[C]. Có một số công cụ để định lượng cường độ đau, như ví dụ thang điểm số (NRS), thang điểm lời (VDS), thang điểm vẽ mặt (FPS) và thang điểm nhìn (liên tục) (VAS). Cần lựa chọn thang điểm tốt nhất phù hợp với mức độ giao tiếp và nhận thức của người bệnh CTSN.

Tất cả người bệnh cần được lượng giá đau thường xuyên và được điều trị tích cực theo mong muốn của họ^[B]. Bởi vì điều trị nhắm đến các cơ chế gây đau có thể là các chiến lược hiệu quả nhất, điều hết sức quan trọng là hỏi bệnh và khám thực thể đầy đủ và xem xét các xét nghiệm hoặc test chẩn đoán thích hợp để xác định nguyên nhân và sinh lý bệnh của đau (Herr và Garrand, 2001).

Các nhà trị liệu và người chăm sóc cần được đào tạo về^(B):

- Tình trạng tăng nhạy cảm và đau do thần kinh.
- Thao tác bằng tay phù hợp (đặc biệt là ở tay liệt trong khi dịch chuyển người bệnh).
- Liệu pháp nhận thức - hành vi.
- Dùng thuốc.

Phải có các phác đồ xử lý đau, bao gồm:

- Thao tác đúng, nâng đỡ và giảm đau phù hợp với các nhu cầu cá nhân của người bị chấn thương^[B]
- Thường xuyên đánh giá lại và điều chỉnh theo thay đổi nhu cầu^[C]
- Dùng thuốc (để biết thêm thông tin, xin tham khảo các tài liệu y khoa có liên quan).

Châm cứu là một liệu pháp bổ sung ngày càng được sử dụng nhiều hơn trong điều trị đau hàng ngày (Wilkinson, 2007).

(XII) Sau Xuất viện - Phục hồi chức năng Nghề nghiệp

Trở lại làm việc hoặc tìm một nghề nghiệp thay thế là một mục tiêu chính và là một yếu tố quan trọng trong việc khôi phục chất lượng cuộc sống cho những người bệnh CTSN. Nếu họ không thể trở lại công việc làm trước đây hoặc có được một công việc thay thế, sẽ có những vấn đề về kinh tế quan trọng cũng như những hậu quả sâu xa khác cho người bệnh và gia đình họ.

Có bằng chứng vững chắc cho thấy việc PHCN nghề nghiệp, chẳng hạn như việc làm được hỗ trợ, cải thiện kết quả nghề nghiệp cho những người bệnh CTSN trong việc đảm bảo một nghề/việc làm thay thế bền vững, và có hiệu quả về kinh tế.

Cần lượng giá các người bệnh CTSN về nhu cầu PHCN nghề nghiệp để giúp họ quay trở lại làm việc, hoặc đối với những người trước đây chưa làm việc thì họ có thể tham gia lao động có việc làm, và cung cấp PHCN nghề nghiệp cho những người có nhu cầu ^[A].

Cần phải theo dõi hiệu quả của các can thiệp PHCN nghề nghiệp tiêu chuẩn như rèn luyện nhận thức và thay đổi hành vi, và cung cấp việc làm có hỗ trợ cho những người mà các can thiệp tiêu chuẩn không hiệu quả. (Nhóm Các Hướng dẫn New Zealand, 2006) ^[A].

4. Tóm tắt vai trò của Nhóm Đa Chuyên Ngành (MDT)

Tất cả các nhân viên y tế làm việc với những người bị chấn thương sọ não cần được đào tạo chuyên môn về việc ứng dụng chuyên ngành của mình vào các bệnh lý thần kinh.

Các nhóm đa chuyên ngành cần phải có sự lãnh đạo chuyên nghiệp, rõ ràng, và phối hợp hiệu quả.

Các lĩnh vực cụ thể cần có chuyên môn về lượng giá và xử lý bao gồm:

- Quá trình hội nhập xã hội cho một cá nhân và gia đình họ.
- Những nhu cầu giải trí, nghề nghiệp và học tập của người bệnh .
- An toàn của người bệnh ở nhà hoặc môi trường khác.
- Hoạt động chức năng của người bệnh trong các hoạt động hàng ngày.
- Chia sẻ thông tin trong một hình thức, thời gian và môi trường phù hợp.
- Hỗ trợ gia đình và xã hội.
- Các khiếm khuyết về vận động, như yếu cơ, thay đổi trương lực cơ và mất điều hợp ở chân tay.
- Các vấn đề về lời nói và nuốt.
- Các vấn đề tình dục.
- Khiếm khuyết về cảm giác, bao gồm các vấn đề thị giác như giảm thị lực.
- Mất thị trường và liệt mắt, mất thính lực và mất cảm giác mùi vị.
- Các khiếm khuyết về nhận thức, đặc biệt là về trí nhớ, sự tập trung, hiểu biết bản thân và/hoặc định hướng.
- Mệt mỏi về nhận thức và thể chất.
- Các vấn đề về cảm xúc, rối loạn tâm trạng và các rối loạn tâm lý khác.
- Các vấn đề ngôn ngữ, đặc biệt là rối loạn giao tiếp nhận thức hoặc thất ngôn.
- Giảm kiểm soát đại tiểu tiện.

Giao tiếp tốt giữa các chuyên gia chăm sóc sức khỏe và những người bệnh CTSN, và gia đình/người chăm sóc là rất cần thiết (NICE, 2014).

Một nhóm PHCN đa ngành cốt lõi cần bao gồm các chuyên gia sau có kinh nghiệm về phục hồi chức năng CTSN:

- Bác sĩ
- Điều dưỡng
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu
- Kỹ thuật viên hoạt động trị liệu
- Kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu
- Các nhà tâm lý học lâm sàng
- Các cán bộ xã hội (NICE, 2014)
- Những thành viên khác, bao gồm chuyên viên chỉnh hình và chuyên viên dinh dưỡng

Một khía cạnh trung tâm của phục hồi CTSN là thông qua một tiếp cận nhóm được điều phối tốt. Điều này có thể đạt được bởi một nhóm đa chuyên ngành. Nhóm này kết hợp các kỹ năng về y học, điều dưỡng và các chuyên ngành sức khỏe khác và có thể liên quan đến các dịch vụ xã hội, giáo dục và hướng nghiệp để lượng giá, điều trị, đánh giá lại định kỳ, lập kế hoạch xuất viện và theo dõi. Là một nhóm, cần phải đáp ứng những điều sau đây:

- Thường xuyên tổ chức các cuộc họp và thảo luận trường hợp bệnh để khuyến khích sự phối hợp và cập nhật thông tin.
- Bảo đảm các tài liệu về chăm sóc cụ thể cho người bệnh CTSN được rõ ràng và mọi thành viên trong nhóm có thể tiếp cận được.
- Có liên lạc cụ thể với các chuyên gia khác, đội ngũ giáo viên, người bệnh CTSN và gia đình/người chăm sóc.
- Thiết lập và đáp ứng các mục tiêu phù hợp.
- Hỗ trợ người bệnh CTSN và gia đình/người chăm sóc thông qua khuyến khích họ tham gia vào mọi mặt của quá trình chăm sóc.
- Kết nối với các chuyên gia y tế khác thông qua các mạng lưới và đào tạo chuyên môn về xử lý CTSN

Các mô tả về Nhóm đa chuyên ngành sau đây được điều chỉnh từ Hướng dẫn SIGN về Đột quỵ và cũng có thể được sử dụng trong phục hồi chức năng CTSN.

4.1. Bác sĩ

Là một thành viên của Nhóm đa chuyên ngành chăm sóc cho các người bệnh CTSN, các bác sĩ PHCN và các bác sĩ khác (bác sĩ thần kinh, bác sĩ phẫu thuật thần kinh ...) phối hợp chăm sóc y tế toàn diện, hỗ trợ những người bệnh CTSN và gia đình họ trong việc lựa chọn và điều chỉnh điều trị và nhằm phòng ngừa các biến chứng của CTSN. Sự tham gia của bác sĩ đảm bảo các nguồn lực và dịch vụ sẵn có tốt nhất cho người bệnh CTSN. Một nhóm các bác sĩ điều trị cho người bệnh nội trú bao gồm các bác sĩ từ các khoa khác nhau có liên quan đến chăm sóc điều trị CTSN (thường ở Khoa cấp cứu, ICU, Khoa Thần kinh/Khoa Nội, Khoa PHCN) cần phối hợp chặt chẽ với nhau cũng như với những thành viên khác của nhóm đa chuyên ngành, và vào lúc người bệnh xuất viện, với các dịch vụ cộng đồng có liên quan (các bệnh viện tuyến tỉnh/huyện, các bệnh viện PHCN, các phòng khám tư nhân và của các tổ chức phi chính phủ ...)

Vai trò của Bác sĩ

- Chẩn đoán và tham gia lập kế hoạch điều trị
- Thực hiện chăm sóc y tế toàn diện
- Cung cấp thông tin và tư vấn cho người bệnh CTSN/gia đình/người chăm sóc
- Chẩn đoán và điều trị các biến chứng do CTSN
- Lãnh đạo nhóm CTSN/điều phối CTSN
- Phát triển dịch vụ chăm sóc
- Kiểm định chất lượng/Nghiên cứu
- Cung cấp các hướng dẫn lâm sàng tại địa phương
- Chuyển những nghiên cứu cập nhật thành thực hành lâm sàng

4.2. Điều dưỡng

Các điều dưỡng thực hiện lượng giá điều dưỡng toàn diện và giúp xử lý các vấn đề liên quan đến chăm sóc người bệnh CTSN bao gồm theo dõi người bệnh, nuốt, di chuyển, kiểm soát tiểu tiện, chăm sóc da/loét ép, kiểm soát đau và phòng ngừa các biến chứng. Các điều dưỡng cũng thực hiện chăm sóc người bệnh nội trú 24 giờ, và hỗ trợ phối hợp chăm sóc, nâng đỡ, lập kế hoạch xuất viện và giáo dục người bệnh/gia đình/người chăm sóc. Điều dưỡng có thể thực hiện chăm sóc CTSN chuyên khoa trong các giai đoạn cấp tính, giai đoạn PHCN và ở cộng đồng. Điều dưỡng hoạt động trong một môi trường làm việc đa ngành cho phép chia sẻ và phối hợp thực hành lâm sàng. Điều này đặc biệt quan trọng trong hoàn cảnh Việt Nam, khi tất cả thành viên cần thiết của Nhóm đa ngành hiện vẫn chưa đầy đủ.

Vai trò của Điều Dưỡng CTSN

- Lượng giá điều dưỡng toàn diện
- Theo dõi người bệnh
- Sàng lọc nuốt
- Lượng giá nguy cơ loét do tỳ đè và xử lý tổn thương da
- Trợ giúp di chuyển
- Xử lý đau
- Chăm sóc điều dưỡng 24 giờ
- Tham gia vào lập kế hoạch xuất viện
- Nâng đỡ và giáo dục cho người bệnh và gia đình/người chăm sóc.
- Lượng giá về bàng quang và đường ruột và xử lý tiểu tiện không tự chủ, bao gồm các chiến lược xử lý người bệnh .
- Phòng ngừa và kiểm soát các biến chứng thứ phát

4.3. Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu

Vật lý trị liệu là một chuyên ngành chăm sóc sức khỏe làm việc với người bệnh để xác định và tăng cường tối đa khả năng di chuyển và chức năng của họ, và vận động chức năng là một phần quan trọng của khỏe mạnh (Hiệp hội Vật lý trị liệu được Hành nghề tại Anh quốc CSP UK). Kỹ thuật viên vật lý trị liệu tập trung vào việc "tăng cường tối đa khả năng vận động nhằm mục đích phòng ngừa, chữa trị và phục hồi một người bệnh hoặc nạn nhân để có thể cải thiện sức khỏe và khả năng của họ".

Trong PHCN CTSN, Vật lý trị liệu sử dụng các can thiệp thể chất một cách có kỹ thuật để hồi phục vận động chức năng, giảm khiếm khuyết và giới hạn hoạt động, và tăng cường tối đa chất lượng cuộc sống sau CTSN. Các kỹ thuật viên cũng hỗ trợ điều trị các vấn đề hô hấp và cơ xương (như đau vai), và phòng ngừa và điều trị các biến chứng sau CTSN. Các kỹ thuật viên VLTL thường tham gia vào việc chăm sóc và PHCN cho các người bệnh ở tất cả các giai đoạn của CTSN (cấp tính và mạn tính) trong nhiều môi trường bao gồm các phòng cấp cứu, đơn vị hồi sức tích cực (ICU), các khoa PHCN, các khoa nội thần kinh và nội tổng quát, người bệnh ngoại trú tại bệnh viện, các phòng khám tư và tại nhà của người bệnh.

Can thiệp vật lý trị liệu cho người bệnh CTSN cần được tiếp tục cho đến khi người bệnh có thể tự mình duy trì hoặc tăng tiến chức năng hoặc với sự trợ giúp của người khác, như là trợ lý PHCN, thành viên của gia đình/người chăm sóc hoặc hướng dẫn viên thể dục.

Các kỹ thuật viên VLTL lập kế hoạch và thực hiện điều trị cho từng người bệnh dựa trên lượng giá các vấn đề riêng biệt của họ, thiết lập và hoàn thành các mục tiêu ngắn hạn và dài hạn có liên quan. Các mục tiêu này đã được thảo luận, khi thích hợp, với người bệnh, người chăm sóc và các thành viên khác trong nhóm.

Kỹ thuật viên VLTL làm việc gần gũi và mật thiết với những người bệnh CTSN, có khả năng đồng cảm và giao tiếp với các người bệnh trong những hoàn cảnh khó khăn nhất.

Kỹ thuật viên VLTL nên hướng đến áp dụng một tiếp cận dựa trên chứng cứ để xử lý CTSN thông qua đào tạo thường xuyên và cập nhật và cần tham gia vào các hoạt động điều tra, kiểm định chất lượng chăm sóc và nghiên cứu phù hợp.

Các kỹ thuật viên VLTL và kỹ thuật viên HĐTL cần phải có kỹ năng xử lý các vấn đề về thể chất của các khiếm khuyết thần kinh và có kinh nghiệm nhận ra và xử lý các khiếm khuyết về nhận thức và hành vi liên quan. Những khiếm khuyết này có thể ảnh hưởng đến khả năng của người bệnh tham gia và hợp tác trong các buổi trị liệu và áp dụng chức năng về kiểm soát vận động (nghĩa là khả năng chuyển các kết quả thu được về thể chất sang các hoạt động hàng ngày).

Trong các trường hợp không có kỹ thuật viên VLTL, vai trò cơ bản của kỹ thuật viên VLTL cần được thực hiện bởi các thành viên còn lại của nhóm đa chuyên ngành sau khi họ đã được đào tạo, ví dụ: huấn luyện phương pháp di chuyển, đi lại, làm mạnh cơ, các bài tập chức năng...

| Vai trò của Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu | |
|---|--|
| <i>Lượng giá</i> | <i>Can thiệp</i> |
| <p>Xác định các năng lực vận động hiện tại và tiềm năng vận động, cụ thể là lượng giá:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chức năng hô hấp ▪ Trương lực cơ ▪ Cơ lực ▪ Sự thẳng trục của cơ thể và tầm vận động khớp ▪ Tình trạng vận động chức năng ▪ Cảm giác ▪ Nhận thức thị giác không gian | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Thực hiện PHCN có kế hoạch, theo từng giai đoạn để đáp ứng các mục tiêu đã được thống nhất ▪ Liên lạc và phối hợp với gia đình/người chăm sóc trong quá trình phục hồi ▪ Giáo dục gia đình/người chăm sóc ▪ Kiểm định lại chất lượng chăm sóc và nghiên cứu lâm sàng ▪ Chuyển những nghiên cứu cập nhật sang thực hành lâm sàng ▪ Bảo đảm giữ liên lạc thường xuyên với |

| Vai trò của Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu | |
|---|--|
| <i>Lượng giá</i> | <i>Can thiệp</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoạt động bù trừ ▪ Hoạt động bù trừ không mong muốn ▪ Thăng bằng ▪ Khả năng di chuyển như dịch chuyển, đi lại, lên xuống cầu thang | <p>các chuyên gia y tế khác trong tỉnh/cộng đồng để hỗ trợ hệ thống chuyên tuyến</p> |

Ghi chú: Các thông tin bổ sung có thể xem tại Hướng Dẫn về Vật lý trị liệu cho CTSN.

4.4. Kỹ thuật viên Hoạt động trị liệu

Vào thời điểm viết hướng dẫn này, Hoạt động trị liệu (HĐTL) chính quy chưa phải là một nghề chính thức ở Việt Nam. Hiện chưa có trường đào tạo Hoạt động trị liệu và một số người được gọi là kỹ thuật viên HĐTL có tham gia các khóa đào tạo ngắn hạn về HĐTL trên cơ sở một nghề nghiệp chính thức của họ như là điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên VLTL. Tất cả những người bệnh CTSN nên được tiếp cận với một kỹ thuật viên HĐTL có kiến thức và kinh nghiệm chuyên về chăm sóc thần kinh.

Các kỹ thuật viên HĐTL làm việc với những người bệnh CTSN nhằm tối ưu khả năng tham gia và độc lập của người bệnh với tất cả các hoạt động hàng ngày (bao gồm tự chăm sóc như tắm rửa, mặc quần áo và ăn uống, kết hợp với giải trí và sinh kế). Điều này có thể đạt được một cách trực tiếp bằng cách gia tăng sự hồi phục chức năng (bao gồm cả chức năng vận động, nhận thức hoặc nhận cảm) hoặc bằng thay đổi thích ứng nhiệm vụ hoặc môi trường. Các kỹ thuật viên HĐTL hoạt động trong cả giai đoạn cấp và giai đoạn PHCN và tiến hành can thiệp dựa trên lượng giá các vấn đề riêng của mỗi người bệnh.

Trong trường hợp không có kỹ thuật viên HĐTL, các hoạt động cơ bản kể trên của Hoạt động trị liệu cần được thực hiện phối hợp bởi các thành viên còn lại của Nhóm đa ngành.

| Vai trò của Kỹ thuật viên Hoạt động trị liệu | |
|---|--|
| <i>Lượng giá</i> | <i>Can thiệp</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Áp dụng phương pháp phân tích hoạt động, với việc xác định các thành phần của một hoạt động cùng với những hạn chế của cá nhân trong việc thực hiện chúng ▪ Lượng giá các kỹ năng ảnh hưởng đến hoạt động hiện tại (ví dụ như các khiếm khuyết về cảm giác - vận động, nhận thức, nhận cảm và tâm lý xã hội). ▪ Lượng giá các kỹ năng tự chăm sóc (ví dụ như tắm rửa, mặc quần áo, ăn | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Giúp người bệnh đạt được mức độ độc lập cao nhất có thể được ▪ Xây dựng lại các kỹ năng thể chất, giác quan, nhận thức và nhận cảm thông qua hoạt động và thực hành ▪ Thúc đẩy sử dụng các hoạt động có mục đích, hướng đến mục tiêu. ▪ Hướng dẫn các chiến lược mới để hỗ trợ khả năng chức năng tối ưu ▪ Tư vấn về các thiết bị và thay đổi thích ứng phù hợp để tăng cường độc lập chức năng. |

| Vai trò của Kỹ thuật viên Hoạt động trị liệu | |
|--|---|
| <i>Lượng giá</i> | <i>Can thiệp</i> |
| <p>uống), các hoạt động ở nhà (ví dụ như mua sắm, nấu ăn, vệ sinh nhà cửa), công việc và giải trí</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lượng giá môi trường xã hội (ví dụ như gia đình, bạn bè, các mối quan hệ) ▪ Lượng giá môi trường vật lý (ví dụ như nhà và nơi làm việc) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cung cấp dụng cụ ngò thích hợp và tư vấn về đặt tư thế ▪ Tư vấn và hỗ trợ các vấn đề về giao thông và di chuyển như lái xe ▪ Tạo điều kiện cho chuyển tiếp quá trình chăm sóc từ giai đoạn cấp qua giai đoạn PHCN và xuất viện ▪ Liên lạc, làm việc với, và giới thiệu đến các chuyên gia khác với vai trò là một thành viên của Nhóm đa ngành ▪ Giáo dục người bệnh và người chăm sóc những vấn đề liên quan đến chăm sóc CTSN ▪ Liên lạc với các nhóm hỗ trợ, và các tổ chức tình nguyện |

Ghi chú: Các thông tin bổ sung có thể xem tại Hướng Dẫn về Hoạt động trị liệu cho CTSN

4.5. Kỹ thuật viên Ngôn ngữ trị liệu

Vào thời điểm tài liệu hướng dẫn này được xây dựng, ngôn ngữ trị liệu (NNTL) chưa phải là một nghề chính thức ở Việt Nam. Hiện chỉ có một số hoạt động đào tạo riêng lẻ được tổ chức cho các bác sĩ/điều dưỡng và kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

Kỹ thuật viên Ngôn ngữ trị liệu là một phần không thể tách rời của nhóm chăm sóc CTSN. Lĩnh vực chuyên môn của họ là lượng giá và xử lý các vấn đề về nuốt (như khó nuốt) và các rối loạn giao tiếp thường xảy ra sau CTSN.

Kỹ thuật viên Ngôn ngữ trị liệu cần tham gia vào chăm sóc điều trị CTSN ở tất cả các giai đoạn trong quá trình hồi phục nhưng việc lượng giá và điều trị khó khăn về nuốt cần được bắt đầu càng sớm càng tốt ngay sau xuất viện. Họ cần phối hợp chặt chẽ với tất cả các nhân viên y tế có liên quan khác và người bệnh CTSN cùng với gia đình/người chăm sóc.

Trong trường hợp không có kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu, vai trò cơ bản của kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu nên được đảm nhiệm một cách phối hợp bởi các thành viên còn lại của Nhóm đa ngành sau khi họ đã được đào tạo phù hợp.

Vai trò của Kỹ thuật viên Ngôn ngữ trị liệu

- Chẩn đoán các rối loạn về nuốt và giao tiếp
- Xác định các chương trình chăm sóc riêng từng cá nhân
- Cung cấp thông tin cho người bệnh CTSN và gia đình/người chăm sóc về các chiến lược nuốt và giao tiếp
- Lượng giá chi tiết rối loạn nuốt và giao tiếp bằng cả cách tiếp cận chính thức và không chính thức để xác định các điểm mạnh và điểm yếu, tác động lên cá nhân và gia đình và tình huống tâm lý xã hội và sức khoẻ chung
- Tạo điều kiện thuận lợi cho việc tiếp cận thông tin về các chiến lược và địa điểm để theo dõi điều trị
- Giới thiệu đến các nhà chuyên môn khác

4.6. Nhân viên Xã hội

Nhân viên xã hội hỗ trợ, tư vấn và cung cấp thông tin cho những người bệnh CTSN và gia đình của họ về những lựa chọn để tối ưu sự thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội. Họ cũng có thể chịu trách nhiệm tổ chức các nguồn lực của cộng đồng, thực hiện phương pháp trị liệu đơn giản ở cộng đồng và trợ giúp người khuyết tật tiếp cận các mạng lưới an sinh xã hội.

Nhân viên xã hội hoạt động phối hợp chặt chẽ với từng thành viên trong nhóm đa chuyên ngành và đặc biệt quan tâm đến báo cáo của các kỹ thuật viên khi tìm hiểu các nhu cầu của người bệnh. Các nhân viên xã hội tham gia ở các giai đoạn khác nhau của quá trình phục hồi, tùy thuộc vào những vấn đề mà người bệnh, người chăm sóc và gia đình gặp phải. Một số người bệnh cần được tư vấn và thông tin từ nhân viên xã hội sớm trong quá trình chăm sóc vì các vấn đề về tài chính, mối quan hệ hoặc nhà ở. Nhân viên xã hội cần phải có hiểu biết rộng về các nguồn lực trong cộng đồng để họ có thể tư vấn cho Nhóm đa ngành và người bệnh về những gì người bệnh có thể có khi xuất viện. Nhân viên xã hội có vai trò tư vấn cho nhóm về khung thời gian để thực hiện các gói chăm sóc và thảo luận các hình thức chăm sóc thay thế nếu cần thiết.

Nếu không có nhân viên xã hội, vai trò này có thể được thực hiện bởi một cộng tác viên được đào tạo.

4.7. Nhân viên tâm lý học lâm sàng

Nhiều người bệnh bị CTSN có thay đổi về cảm xúc, tính cách và suy giảm khả năng nhận thức ở một mức độ nào đó. Những vấn đề này có thể làm cho người thân/gia đình lo lắng và là một trong những nguyên nhân gây các rối loạn liên quan đến căng thẳng.

Nhà tâm lý học lâm sàng làm việc với những người bệnh CTSN bị các khiếm khuyết về trí tuệ/nhận thức, khó khăn về hành vi và hoạt động hàng ngày, các vấn đề về cảm xúc và quan hệ giữa các cá nhân. Họ cũng làm việc với gia đình/người chăm sóc để điều chỉnh và hiểu về các khiếm khuyết về nhận thức của người thân của người bệnh.

Các nhà tâm lý học lâm sàng có thể tham gia hoạt động cả trong giai đoạn cấp lẫn giai đoạn PHCN.

4.8. Kỹ thuật viên chỉnh hình

Kỹ thuật viên chỉnh hình làm việc cùng với kỹ thuật viên vật lý trị liệu/hoạt động trị liệu để lượng giá người bệnh CTSN nếu cần một loại dụng cụ chỉnh hình cụ thể. Dụng cụ này có thể là nẹp để duy trì/giá tăng tầm vận động/ tạo thuận vận động ở một khớp, trợ giúp đi lại (ví dụ như dụng cụ chỉnh hình cổ bàn chân để nâng đỡ bàn chân) và hỗ trợ vận động chức năng (ví dụ như gắn vào một cái thìa để giúp người bệnh tự ăn). Cần theo dõi chặt chẽ dụng cụ nhằm đảm bảo dụng cụ được lắp đặt phù hợp, dễ chịu và hoàn thành mục đích của nó.

Các dụng cụ chỉnh hình như vậy có thể được sản xuất tại chỗ hoặc được làm sẵn.

Ở Việt Nam thường kỹ thuật viên chỉnh hình làm việc ở Khoa/Bệnh viện PHCN/phòng khám tư nhân/phi chính phủ hoặc cơ sở sản xuất tư nhân.

4.9. Chuyên viên dinh dưỡng

Các chuyên viên dinh dưỡng làm việc với những người bệnh CTSN và gia đình/người chăm sóc cần điều trị dinh dưỡng y học bao gồm chế độ ăn uống cần thay đổi kết cấu và cho ăn qua ống thông cũng như những người có nguy cơ hoặc bị suy dinh dưỡng. Họ cũng giáo dục và tư vấn để thay đổi các yếu tố nguy cơ và xử lý các bệnh kèm như những người bệnh có nhu cầu chế độ ăn uống đa dạng (ví dụ như đái tháo đường, tăng lipid máu, cao huyết áp và khó nuốt)

Nếu không có chuyên viên dinh dưỡng chính thức thì bác sĩ hoặc điều dưỡng được huấn luyện chuyên môn có thể đảm nhiệm vai trò này.

5. Hỗ trợ và Giám sát Thực hiện Tài liệu Hướng dẫn này trong Bệnh viện

Cần xây dựng một ban giám sát và đánh giá bao gồm các nhân viên y tế từ bác sĩ, điều dưỡng và các chuyên ngành sức khỏe liên quan trong mỗi cơ sở dịch vụ y tế. Ban này có thể thực hiện đánh giá lại mỗi ba tháng (hoặc đều đặn nếu được) các chỉ số hoạt động chính (KPIs, key performance indicators).

Các chỉ số hoạt động chính cần cụ thể và thực tế tùy theo hoàn cảnh của từng dịch vụ y tế. KPI có liên quan đến tỷ lệ nhân viên trên số người bệnh CTSN, số can thiệp được thực hiện trên mỗi người bệnh, số các buổi họp của nhóm đa ngành được tổ chức hàng tháng và các thay đổi điểm FIM/Chỉ số Barthel có thể là KPI có khả năng được sử dụng trong đánh giá.

Để lượng giá thực tiễn, các nhóm nên thống nhất về phương pháp ghi chép các hoạt động cần phân tích. Điều này có thể đơn giản như đánh dấu một ô trên một biểu mẫu được đặt tại phòng điều dưỡng để việc ghi chép các hoạt động được dễ dàng và kịp thời.

Chú ý khi sử dụng tài liệu

Bộ tài liệu hướng dẫn này không có ý định phủ nhận các hướng dẫn hiện hành mà các cán bộ y tế đang tuân thủ thực hiện trong quá trình khám và điều trị cho người bệnh theo từng bệnh cảnh của mỗi người và tham khảo ý kiến người bệnh cũng như người nhà của họ.

Tài liệu tham khảo

1. British Society of Rehabilitation Medicine [BSRM] (2003) *Rehabilitation following acquired brain injury: National Clinical Guidelines*
2. <https://www.headway.org.uk/media/3320/bsrm-rehabilitation-following-acquired-brain-injury.pdf>
3. Cassidy JD, Carroll LJ, Peloso PM, et al. (2004) *Incidence, risk factors and prevention of mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. J Rehabil Med* 2004;43 S:28–60.
4. Gershon Spitz (2014) *Post-traumatic amnesia following traumatic brain injury*. Epworth HealthCare & Monash University
5. Herr KA, Garand L. (2001) *Assessment and measurement of pain in older adults*. Clin Geriatr Med. 2001 Aug; 17(3): 457–vi. Retrieved from:
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3097898/>
7. Institute for safety, compensation and recovery research [ISCRR] *Treatment in post-traumatic amnesia* Retrieved from: <http://www.iscrr.com.au/recovery-and-return-to-work/improving-acute-clinical-services/treatment-in-post-traumatic-amnesia>
8. Jessup RL. (2007) *Interdisciplinary versus multidisciplinary care teams: do we understand the difference?* In: Australian Health Review. August 2007 Vol 31 No 3
9. MoH. (2014) *Decision to approve the National Action Plan on Rehabilitation Development Period 2014 – 2020*. Hanoi, October 2014
10. National Institute for Health and Care Institute [NICE] 2014. *Head injury: assessment and early management*.<https://www.nice.org.uk/guidance/cg176>
11. New Zealand Guidelines Group (2006) *Traumatic Brain Injury: Diagnosis, Acute Management and Rehabilitation*
12. <http://www.asha.org/articlesummary.aspx?id=8589961069>
13. Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, Mathers C (2004) *World report on road traffic injury prevention*. Geneva: WHO.
14. Rao V, Lyketsos C. (2000). Neuropsychiatric Sequelae of Traumatic Brain Injury. *Psychosomatics*. **41** (2): 95–103. PMID 10749946. doi:10.1176/appi.psy.41.2.95
15. Rzhetskaya RE (2012). *Characteristics of Hemodynamic Disorders in Patients with Severe Traumatic Brain Injury Critical Care Research and Practice* Volume 2012 <http://dx.doi.org/10.1155/2012/606179>

16. Royal College of Physicians (2013) *Prolonged Disorders of Consciousness - National Clinical Guideline*.
17. Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN] (2008) *Management of patients with stroke or TIA: assessment, investigation, immediate management and secondary prevention*.<http://www.sign.ac.uk/sign-108-management-of-patients-with-stroke-or-tia-assessment-investigation-immediate-management-a.html>
18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN] (2013) *Brain injury rehabilitation in adults*.<http://www.sign.ac.uk/assets/sign130.pdf>
19. Servadei F, Begliomini C, Gardini E, Giustini M, Taggi F, Kraus J (2003): *Effect of Italy's motorcycle helmet law on traumatic brain injuries*.*Inj Prev* 2003, 9: 257–260. 10.1136/ip.9.3.257
20. Snow, P. and Ponsford J, (2013) *Assessing and managing impairment of consciousness following TBI*, in *Traumatic brain injury: Rehabilitation for everyday adaptive living*, J. Ponsford, S. Sloan, and P. Snow, Editors. 2013, Psychology Press: East Sussex
21. Vogenthaler DR (2009) *An overview of head injury: Its consequences and rehabilitation*. <http://dx.doi.org/10.3109/02699058709034450>
22. Vogenthaler DR (1987) *A review of Acquired Brain Injury, its consequences, and its rehabilitation*.
23. WHO, World Bank. (2011) *World Report on Disability*
24. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
25. WHO, (2013) *Global status report on road safety 2013. Supporting a decade of action*. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/
26. World Health Organization. (2015) Viet Nam: WHO statistical profile <http://www.who.int/gho/countries/vnm.pdf?ua=1>
27. WHO (2015) *Gender equality in health*. Fact sheet No 403
28. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/en/>
29. World Health Organization. (2009) *Strategy for Integrating Gender Analysis and Actions into the Work of WHO*. Geneva Switzerland: WHO; 2009. Available at:
30. <http://www.who.int/gender/documents/gender/9789241597708/en/>
31. Wilkinson J & Faleiro R. (2007) *Acupuncture in Pain Management*
32. <https://academic.oup.com/bjaed/article/7/4/135/466586/Acupuncture-in-pain-management>

Phụ lục

- Phụ lục 1: Thang điểm hôn mê Glasgow
- Phụ lục 2: Thiết lập mục tiêu
- Phụ lục 3: Đặt tư thế trị liệu
- Phụ lục 4: Thang điểm Quên sau Chấn thương Westmead
- Phụ lục 5: Thang điểm thăng bằng Berg
- Phụ lục 6: Thang điểm Tinetti
- Phụ lục 7: Thang điểm Ashworth có chỉnh sửa (MAS)
- Phụ lục 8: Đo lường Độc lập Chức năng (FIM)
- Phụ lục 9: Sàng lọc Nuốt Gugging (Gugging Swallowing Screen, GUSS)
- Phụ lục 10: Lượng giá Khả năng Nuốt Man (Mann Assessment of Swallowing Ability, MASA)
- Phụ lục 11: Ví dụ về sách mỏng gập được - Chấn thương sọ não nhẹ
- Phụ lục 12: Lượng giá Nguy cơ Phục hồi chức năng
- Phụ lục 13: Thang điểm lo âu và trầm cảm ở Bệnh viện (Hospital anxiety and depression scale, HADS)