

BỘ Y TẾ

**HƯỚNG DẪN
CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
CHO BỆNH NHÂN ĐỘT QUY**

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

(Hướng dẫn về Hoạt động trị liệu)

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

Danh sách các từ viết tắt	1
1. Giới thiệu	1
1.1. Sự cần thiết phải có Tài liệu Hướng dẫn	1
1.2. Đối tượng sử dụng tài liệu hướng dẫn	2
1.3. Mục tiêu của Tài liệu Hướng dẫn	2
1.4. Lưu ý.....	2
1.5. Mức độ bằng chứng	3
1.6. Dịch tễ học về đột quy	3
1.7. Phòng ngừa đột quy nguyên phát và thứ phát.....	4
1.8. Hồi phục sau đột quy	5
1.9. Hoạt động Trị liệu là gì?	5
2. Các Nguyên tắc Phục hồi chức năng	7
2.1. Giới thiệu	7
2.2. Quy trình phục hồi chức năng.....	7
2.3. ICF	8
2.4. Chăm sóc, điều trị lấy người bệnh và gia đình làm trung tâm.....	9
2.5. Phương pháp tiếp cận đa chuyên ngành	10
2.6. Cường độ và thời lượng phục hồi chức năng hoạt động trị liệu	12
2.7. Lượng giá nguy cơ và can thiệp.....	12
2.8. Báo cáo	13
3. Quy trình Phục hồi Chức năng.....	14
3.1. Lượng giá hoạt động trị liệu	14
3.2. Đặt mục tiêu và lập kế hoạch trị liệu	23
3.3. Can thiệp hoạt động trị liệu.....	24
3.4. Xuất viện và theo dõi	31
4. Xử trí biến chứng	34
4.1. Co cứng.....	34
4.2. Co rút	34
4.3. Đặt nẹp.....	35
4.4. Bán trật (khớp vai)	35
4.5. Đau vai/chi trên.....	36
4.6. Hội chứng Đau Trung ương Sau Đột quy.....	36
4.7. Phù nề chi thể.....	36
Tài liệu Tham khảo.....	38
Phụ lục	39

Danh mục chữ viết tắt

ACE-III	Addenbrooke's Cognitive Examination-III Bài Kiểm tra Nhận thức Của Addenbrooke-III
ADL	Activities of Daily Living Các Hoạt động Sinh hoạt Hằng ngày
BI	Barthel Index Chỉ số Barthel
CIMT	Constraint Induced Movement Therapy Trị liệu Cường ép Kích thích Cử động
COPM	Canadian Occupational Performance Measure Công cụ Đánh giá Sự Thực hiện Hoạt động Của Canada
FES	Functional Electrical Stimulation Kích thích Điện Theo Chức năng
FIM	Functional Independence Measure Đo lường Mức độ Độc lập Theo Chức năng
GAS	Goal Attainment Scale Thang điểm Đạt Mục tiêu
HDTL	Hoạt động trị liệu
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health Sự Phân loại Quốc tế về Chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe
ICU	Đơn vị hồi sức tích cực
KTV	Kỹ thuật viên
KPI	Key Performance Indicator Chỉ số Đánh giá Khả năng Thực hiện
LOTCA	Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment Lượng giá Nhận thức Loewenstein trong Hoạt động Trị liệu
NNTL	Ngôn ngữ trị liệu
MDT	Multidisciplinary Team Đội ngũ Đa Chuyên ngành
MAS	Modified Ashworth Scale Thang Ashworth Cải biên

MMT	Manual Muscle Test Thử Cơ Bằng Tay
MoCA	Montreal Cognitive Assessment Thang Đánh giá Nhận thức Montreal
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence Viện Quốc gia Vì Sự Xuất chúng Trong Y tế và Chăm sóc
PHCN	Phục hồi chức năng
PT	Physiotherapist/Physiotherapy Kỹ thuật viên Vật lý Trị liệu/Vật lý Trị liệu
ROM	Range of motion Tầm vận động
SHHN	Sinh hoạt hàng ngày
TIA	Transient ischemic attack Con thiếu máu não cục bộ thoáng qua
VLTL	Vật lý trị liệu
WHO	World Health Organisation Tổ chức y tế thế giới

1. Giới thiệu

1.1. Sự cần thiết phải có Tài liệu Hướng dẫn

Một trong những mục tiêu của Bộ Y tế 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" (Bộ Y tế, 2014).

Với quan điểm này, hướng dẫn để hiện thực hoá mong muốn cải thiện các dịch vụ phục hồi chức năng là rất 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 cho "Đột quy"¹. Các hướng dẫn này tạo nên một nền tảng khá vững chắc để xây dựng bổ sung các Hướng dẫn Chung và Hướng dẫn 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 tham gia vào việc xây dựng các Hướng dẫn Chung và Chuyên ngành cập nhật cho đột quy.

Hướng dẫn Hoạt động trị liệu cho người bệnh Đột quy này đưa ra các khuyến cáo và hướng dẫn chung về loại chăm sóc hoạt động trị liệu cần được cung cấp cũng như các khuyến cáo "cắt ngang" về các yêu cầu về hệ thống tổ chức, chăm sóc đa chuyên ngành và toàn diện, chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, nâng đỡ và tham gia của gia đình, lộ trình chăm sóc và giới thiệu chuyển tuyến, xuất viện và theo dõi, tái hoà nhập cộng đồng và tham gia vào xã hội. Hướng dẫn này bổ sung cho Hướng dẫn Chung về Phục hồi chức năng cho người bệnh Đột quy.

¹Một từ đồng nghĩa của "đột quy" và Đột quy mạch máu não (TBMMN). Hướng dẫn này sử dụng thuật ngữ đột quy.

1.2. Đối tượng sử dụng tài liệu hướng dẫn

Hướng dẫn này chủ yếu là một công cụ nguồn thực hành cho các kỹ thuật viên hoạt động trị liệu có liên quan đến PHCN đột quy.

Hướng dẫn cũng sẽ hữu ích cho bất kỳ chuyên gia nào có quan tâm đến PHCN đột quy 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 đột quy, gia đình và người chăm sóc.

1.3. Mục tiêu của Tài liệu Hướng dẫn

Các hướng dẫn này có mục đích là một hướng dẫn nguồn để xử lý PHCN cho những người bệnh bị đột quy 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 đột quy 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 đột quy. 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 đột quy 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 đột quy ở Việt Nam.

1.4. Lưu ý

Tài liệu hướng dẫn không nhằm mục đích đưa ra tiêu chuẩn chăm sóc điều trị 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. Mức độ bằng chứng

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. Hệ thống phân loại theo bậc này tương tự với phương pháp được sử dụng trong tài liệu Hướng dẫn Lâm sàng Úc về Cách Xử trí Đối với Đột quy (2010).

MỨC ĐỘ BẰNG CHỨNG

A	Có thể tin tưởng sử dụng bằng chứng để dẫn dắt quá trình thực hành
B	Có thể tin tưởng sử dụng bằng chứng để dẫn dắt quá trình thực hành trong đa số trường hợp
C	Có bằng chứng ủng hộ cho khuyến nghị nhưng nên cẩn thận khi áp dụng
D	Bằng chứng thiếu thuyết phục và phải thận trọng khi áp dụng khuyến nghị
GPP	Cách thực hành tốt - Phương pháp thực hành tốt nhất và được khuyến dùng theo kinh nghiệm lâm sàng và quan điểm của chuyên gia.

1.6. Dịch tễ học về đột quy

Đột quy là một bệnh lý mạch máu và được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) định nghĩa là một hội chứng lâm sàng bao gồm "các dấu hiệu lâm sàng của rối loạn chức năng não (khu trú hoặc toàn thể) phát triển nhanh, kéo dài trên 24 giờ hoặc dẫn đến tử vong, không xác định nguyên nhân nào khác ngoài căn nguyên mạch máu". Theo đánh giá của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2015) đột quy là nguyên nhân chính gây tử vong ở Việt Nam (21,7%) với tỷ lệ tử vong hàng năm là 150.000 (HealthGrove, 2013).

Đột quy là nguyên nhân gây ra khuyết tật trầm trọng thường gặp nhất của người lớn trên thế giới. Trên toàn cầu, chỉ có 15-30% người bệnh sống sót sau đột quy độc lập về chức năng và khoảng 40-50% độc lập một phần (Ủy ban Sáng kiến Đột quy Châu Âu, 2003).

Sự hồi phục sau đột quy phụ thuộc vào can thiệp y học, sự hồi phục tự nhiên, PHCN và các dịch vụ xã hội. Bởi vì quá trình hồi phục của mỗi người bệnh khác nhau, tất cả người bệnh cần được các dịch vụ PHCN phức tạp và theo từng trường hợp.

Một số người bệnh đột quy hồi phục tự phát một phần, nhưng phần lớn cần được PHCN để hồi phục khả năng chức năng.

Đột quy có thể khởi phát đột ngột với bất kỳ rối loạn thần kinh nào, bao gồm tê hoặc yếu chân tay, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn thị giác hoặc rối loạn thăng bằng. Trong 20 năm qua,

ngày càng có nhiều chứng cứ làm thay đổi nhận thức truyền thống cho rằng đột quy đơn giản chỉ là hậu quả của sự lão hóa mà tất yếu dẫn đến tử vong hoặc khuyết tật trầm trọng (NICE, 2008).

1.7. Phòng ngừa đột quy nguyên phát và thứ phát

Ngày càng có nhiều bằng chứng về những chiến lược phòng ngừa đột quy nguyên phát và thứ phát hiệu quả hơn, phát hiện tốt hơn những người có nguy cơ cao nhất, và những phương pháp can thiệp sớm, hiệu quả, ngay sau khi người bệnh bắt đầu xuất hiện triệu chứng. Hiện nay, hiểu biết về các quy trình chăm sóc, điều trị đã có sự cải thiện để góp phần mang lại kết quả tốt hơn, và đã có nhiều bằng chứng chắc chắn để chứng minh cho các phương pháp can thiệp và quá trình chăm sóc, điều trị trong phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy (NICE, 2010).

Người bệnh đột quy có nguy cơ tái phát. Nguy cơ tăng cao đến 43% trong 10 năm, với tỷ lệ hằng năm là 4%. Tỷ lệ đột quy sau khi bị thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIA) tăng cao đáng kể (lên đến 10% sau 3 tháng). Vì vậy, cần phòng ngừa đột quy và thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIA) thứ phát (Tổ chức Quốc gia về Đột quy– National Stroke Foundation, 2010).

Triệu chứng của thiếu máu não cục bộ thoáng qua giống với triệu chứng khi đột quy mới bắt đầu khởi phát và thường biến mất sau vài phút hoặc tối đa sau 24 giờ. Và bất kỳ người bệnh nào tiếp tục có dấu hiệu vẫn đề về thần kinh khi được lượng giá lần đầu, thì ta đều nên giả định là người bệnh đó đã bị đột quy.

Nếu người bệnh đã bị thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIA), thì bác sĩ vẫn cần lượng giá để làm rõ chẩn đoán. Trong giai đoạn này, có thể sử dụng công cụ đã được công nhận tính giá trị, ABCD² (Warlow et al, 2001) để biết được tiên lượng về khả năng xảy ra đột quy. Sau đó, bác sĩ điều trị có thể đưa ra lời khuyên cho khách hàng về cách thay đổi lối sống (ví dụ như cần tập thể dục, bỏ hút thuốc lá, v.v.) để giảm bớt nguy cơ đột quy về sau.

Người bệnh nên nhận được thông tin về nguy cơ tái phát đột quy, dấu hiệu và triệu chứng đột quy và họ nên làm gì nếu nghi ngờ bị đột quy. Những công cụ như FAST (Face, Arm, Speech, and Time – Mặt, Cánh tay, Lời nói, và Thời gian) có thể là một biện pháp phòng ngừa đột quy nguyên phát hiệu quả. (SIGN, 2008) - Xem Phụ lục 3.

Cần phòng ngừa thứ phát để giảm bớt gánh nặng của đột quy. Thay đổi lối sống có thể là cách tốt nhất để giảm bớt nguy cơ đột quy nguyên phát và thứ phát. Những cách thay đổi này bao gồm: ngừng hút thuốc lá, có chế độ ăn uống phù hợp (giảm lượng muối, ăn nhiều rau quả, tiêu thụ dầu cá nhiều hơn, ăn ít chất béo), giảm tiêu thụ rượu bia, bớt béo phì, khuyến khích hoạt động thể chất, tuân thủ liệu trình điều trị. (Tổ chức Quốc gia về Đột quy– National Stroke Foundation, 2010)

1.8. Hồi phục sau đột quỵ

Sự hồi phục sau đột quỵ không đi theo đường thẳng tuyến tính, mà theo đường cong. Sự hồi phục phần lớn diễn ra trong những ngày đầu tiên đến những tháng đầu tiên. Quá trình hồi phục bao gồm bốn giai đoạn. Những giai đoạn này diễn ra kết hợp với nhau và không phân định rõ ràng.

- Giai đoạn (rất) cấp tính (0-24 giờ)
- Giai đoạn phục hồi chức năng sớm (24 giờ – 3 tháng)
- Giai đoạn phục hồi chức năng muộn (3 – 6 tháng)
- Phục hồi chức năng trong giai đoạn mạn tính (> 6 tháng)

(KNGF, 2014)

1.9. Hoạt động trị liệu là gì?

1.9.1. Định nghĩa

Hoạt động trị liệu là một chuyên ngành sức khỏe lấy người bệnh làm trung tâm để nâng cao sức khỏe và hạnh phúc thông qua các hoạt động. Mục tiêu chính của Hoạt động trị liệu là nâng cao khả năng của người bệnh để tham gia vào các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày. Để đạt được mục tiêu này, nhà Hoạt động trị liệu làm việc cùng mọi người và cộng đồng để tăng khả năng tham gia của người bệnh vào hoạt động mà họ muốn làm, cần làm và mong đợi được làm, hoặc thay đổi hoạt động và môi trường để hỗ trợ tốt hơn cho sự tham gia vào các hoạt động của người bệnh (WFOT, 2012)

Trong hoạt động trị liệu, hoạt động chỉ những công việc sinh hoạt hằng ngày mà mỗi người thực hiện theo cá nhân, trong gia đình và trong cộng đồng, khiến họ bận rộn và làm cho cuộc sống có ý nghĩa và mục đích. Hoạt động bao gồm những việc mà một người cần làm, muốn làm và người khác mong đợi họ làm.

1.9.2. Vai trò của kỹ thuật viên hoạt động trị liệu

Tại thời điểm biên soạn tài liệu hướng dẫn, Việt Nam bắt đầu đào tạo chuyên ngành Hoạt động trị liệu và một số được xem là KTV HĐTL sau khi tham gia một số khóa tập huấn HĐTL ngắn hạn. Mỗi người bệnh đột quỵ đều nên được gặp và làm việc với KTV HĐTL có kiến thức và kinh nghiệm chuyên môn cụ thể về chăm sóc, điều trị cho người bệnh tổn thương thần kinh.

KTV HĐTL làm việc với người bệnh đột quỵ để tối ưu hóa khả năng tham gia và sự độc lập của họ trong toàn bộ hoạt động sinh hoạt hằng ngày (bao gồm các hoạt động tự chăm sóc ví dụ như tắm rửa, mặc quần áo và ăn uống, ngoài ra còn có các hoạt động vui chơi giải trí và sinh kế). Có thể đạt được điều này bằng cách trị liệu trực tiếp để hồi phục chức

năng (bao gồm chức năng vận động, nhận thức và nhận cảm) hoặc bằng cách điều chỉnh tác vụ hoặc môi trường. KTV HĐTL làm việc ở cả hai đơn vị, cấp tính và phục hồi chức năng, và họ tiến hành trị liệu dựa trên sự lượng giá các vấn đề riêng biệt của từng người bệnh.

Khi không có KTV HĐTL, những thành viên còn lại trong nhóm đa ngành nên cùng nhau đảm đương những yếu tố chủ đạo của Hoạt động Trị liệu được nêu ở trên.

Vai trò của kỹ thuật viên hoạt động trị liệu	
<i>Lượng giá</i>	<i>Can thiệp</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sử dụng phương pháp phân tích hoạt động, qua đó xác định các thành tố của một hoạt động cùng với những hạn chế mà người bệnh gặp phải khi thực hiện hoạt động đó ▪ Lượng giá những kỹ năng ảnh hưởng đến hoạt động hiện tại (ví dụ: khiếm khuyết về vận động-cảm giác, nhận thức, nhận cảm và tâm lý-xã hội) ▪ Lượng giá những kỹ năng cần có để tự chăm sóc (ví dụ: tắm rửa, mặc quần áo, ăn uống), thực hiện các hoạt động trong gia đình (ví dụ: mua sắm, nấu ăn, lau dọn), những hoạt động liên quan đến lao động và vui chơi giải trí ▪ Lượng giá môi trường xã hội (ví dụ: gia đình, bạn bè, các mối quan hệ) ▪ Lượng giá môi trường vật lý (ví dụ: nhà ở và cơ quan công tác) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Giúp từng người bệnh đạt được mức độ độc lập cao nhất có thể ▪ Xây dựng lại các kỹ năng thể chất, cảm giác, nhận thức và nhận cảm thông qua hoạt động và luyện tập ▪ Khuyến khích sử dụng những hoạt động có mục đích và hướng đến mục tiêu ▪ Dạy những chiến lược mới để hỗ trợ đạt được mức độ chức năng tối ưu ▪ Đưa ra lời khuyên về các thiết bị, dụng cụ và cách điều chỉnh phù hợp để nâng cao chức năng độc lập ▪ Cung cấp ghế ngồi phù hợp và đưa ra lời khuyên về cách đặt tư thế ▪ Đưa ra lời khuyên và tạo thuận cho vấn đề di chuyển ví dụ như điều khiển xe cộ ▪ Tạo thuận cho quá trình điều trị từ giai đoạn cấp tính đến phục hồi chức năng và xuất viện ▪ Liên kết, hợp tác, và giới thiệu người bệnh đến các chuyên gia khác trong vai trò thành viên của đội ngũ đa chuyên ngành ▪ Giáo dục người bệnh và người chăm sóc mọi khía cạnh liên quan đến điều trị đột quy ▪ Liên kết với các nhóm hỗ trợ, và các tổ chức tình nguyện

2. Các Nguyên tắc Phục hồi chức năng

2.1. Giới thiệu

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) mô tả phục hồi chức năng là "một nhóm 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 của họ" "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)

Các hoạt động chính của chăm sóc PHCN bao gồm:

- Sàng lọc và lượng giá đa chuyên ngành
- Xác định các khó khăn về chức năng và đo lường các khó khăn đó
- Lập kế hoạch điều trị thông qua thiết lập mục tiêu
- Cung cấp các biện pháp can thiệp có thể cải thiện người bệnh hoặc hỗ trợ người bệnh ứng phó với thay đổi kéo dài
- Đánh giá hiệu quả của can thiệp
- Báo cáo

2.2. Quy trình phục hồi chức năng

Tiếp cận phục hồi chức năng truyền thống đi theo một quy trình:

2.2.1. Lượng giá

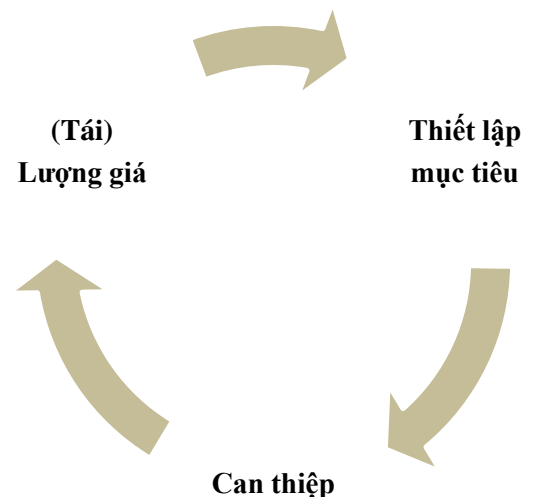
- Lượng giá người bệnh và xác định, định lượng các nhu cầu;

2.2.2. Thiết lập Mục tiêu

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

2.2.3. Can thiệp

- Cung cấp điều trị phù hợp để đạt được các mục tiêu;

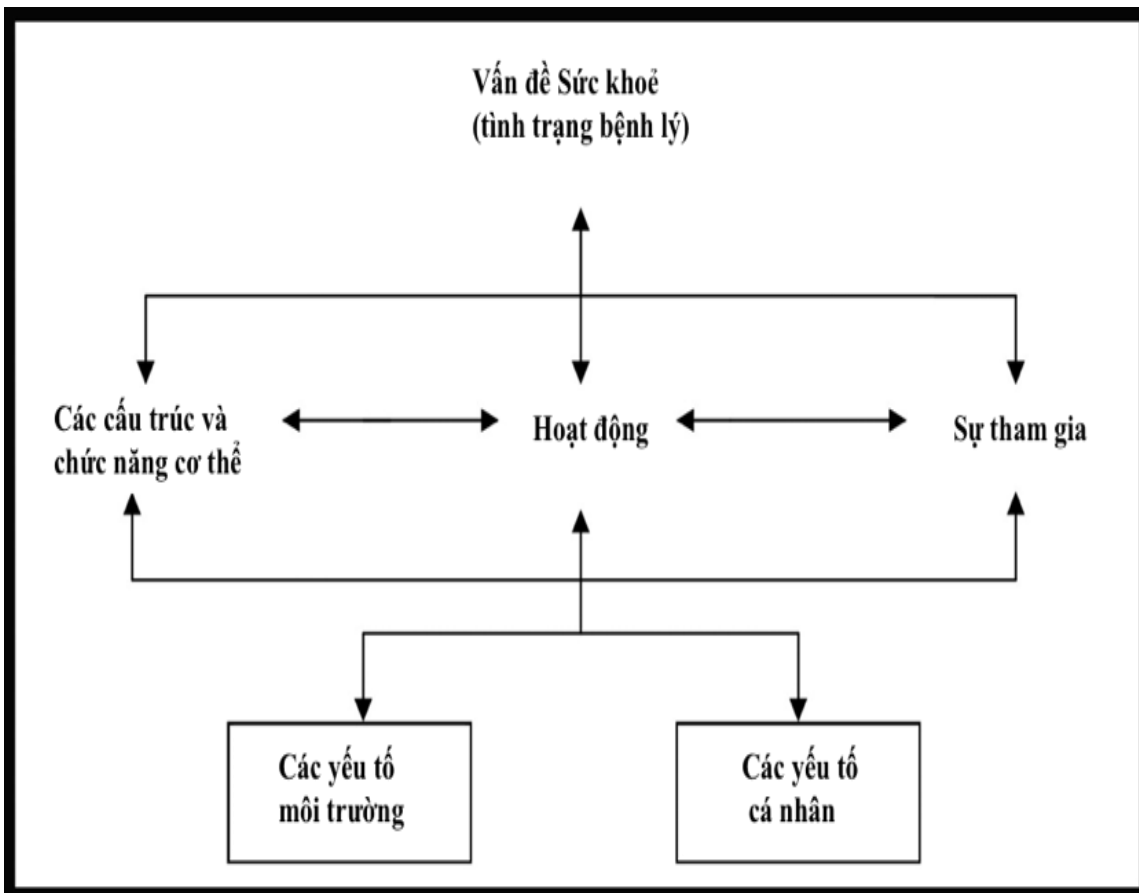


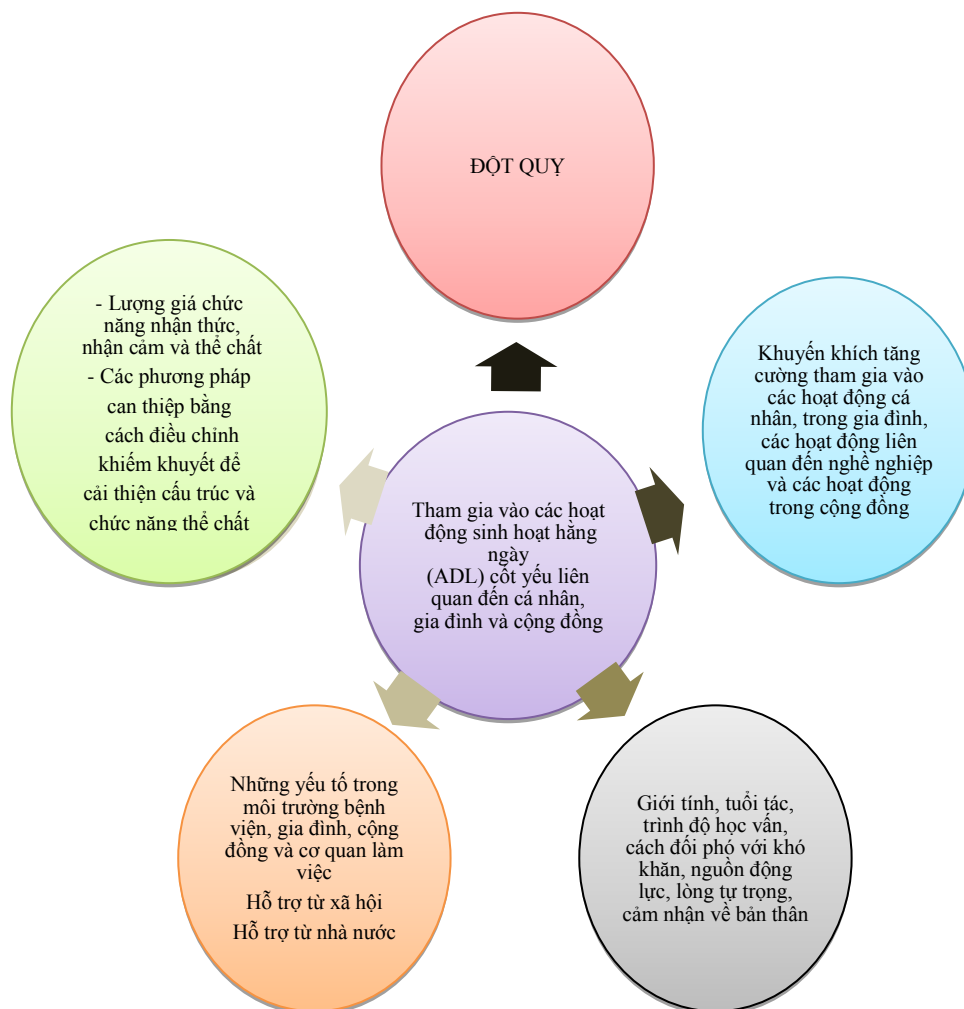
2.2.4. Tái Lượng giá

- Lượng giá tiến triển của người bệnh nhằm xem xét can thiệp có đạt được các mục tiêu đã được 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 Hoạt động Chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe) 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 mô hình 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 các yếu tố môi trường vì chúng ảnh hưởng đến các thành phần khác và có thể cần phải thay đổi.





Sơ đồ đã được điều chỉnh của Mô hình Phân loại quốc tế về Hoạt động Chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe (ICF) (WHO, 2001) cho thấy việc áp dụng của các nguyên tắc PHCN của Hoạt động trị liệu trong chăm sóc đột quy.

2.4. Chăm sóc, điều trị lấy người bệnh và gia đình làm trung tâm

Các chứng cứ ủng hộ sự chuyển hướng sang phương án cùng ra quyết định, trong đó người bệnh được khuyến khích thể hiện các quan điểm của mình và tham gia vào quá trình ra các quyết định lâm sàng (Hurn và cộng sự, 2006). Chìa khóa để hợp tác giữa kỹ thuật viên - người bệnh thành công là để người bệnh cũng trở thành chuyên gia. Các kỹ thuật viên VLTL cần nắm rõ thông tin về các kỹ thuật chẩn đoán, tiên lượng, các lựa chọn điều trị và các chiến lược phòng ngừa. Nhưng chỉ có người bệnh mới biết rõ về kinh nghiệm về bệnh tật và hoàn cảnh xã hội, các thói quen, hành vi, các thái độ đối với nguy cơ, các giá trị và sở thích của họ. Cả hai loại kiến thức này đều cần thiết để xử lý đột quy thành công, và hai bên phải chuẩn bị để chia sẻ thông tin và đưa ra các quyết định chung, dựa trên cơ sở chứng cứ vững chắc.

Chăm sóc, điều trị lấy người bệnh làm trung tâm hỗ trợ người bệnh phát triển kiến thức, kỹ năng và sự tự tin mà họ cần để điều trị hiệu quả hơn và ra quyết định tốt hơn sau khi đã am hiểu về sức khỏe và quá trình chăm sóc sức khỏe của bản thân. Phương pháp chăm sóc, điều trị này kết hợp nhu cầu cá nhân của người bệnh và được thiết kế riêng cho họ. Và đặc

điểm cốt yếu là cần đảm bảo rằng chúng ta luôn xem trọng phẩm giá của người bệnh và đối xử với họ trên tinh thần thông cảm và tôn trọng.

Gia đình và người chăm sóc nên có cơ hội tham gia quyết định về điều trị và chăm sóc. Gia đình và người chăm sóc cũng nên có được những thông tin, kỹ năng và sự hỗ trợ mà họ cần để chăm sóc đầy đủ cho người bệnh đột quỵ trong khi điều trị tại bệnh viện và tại nhà.

Tóm lại, những nguyên tắc quan trọng trong chăm sóc, điều trị lấy người bệnh và gia đình làm trung tâm là:

- Tôn trọng nguyên tắc sống, nguyện vọng và nhu cầu của người bệnh
- Phối hợp và kết hợp khi chăm sóc, điều trị người bệnh
- Cung cấp thông tin, giao tiếp và giáo dục
- Tạo sự thoải mái về mặt thể chất
- Hỗ trợ cảm xúc và xoa dịu các mối lo âu và sợ hãi
- Cho phép sự tham gia của gia đình và/hoặc người chăm sóc
- Có tính liên tục và chuyên tiếp
- Có khả năng tiếp cận sự chăm sóc, điều trị.

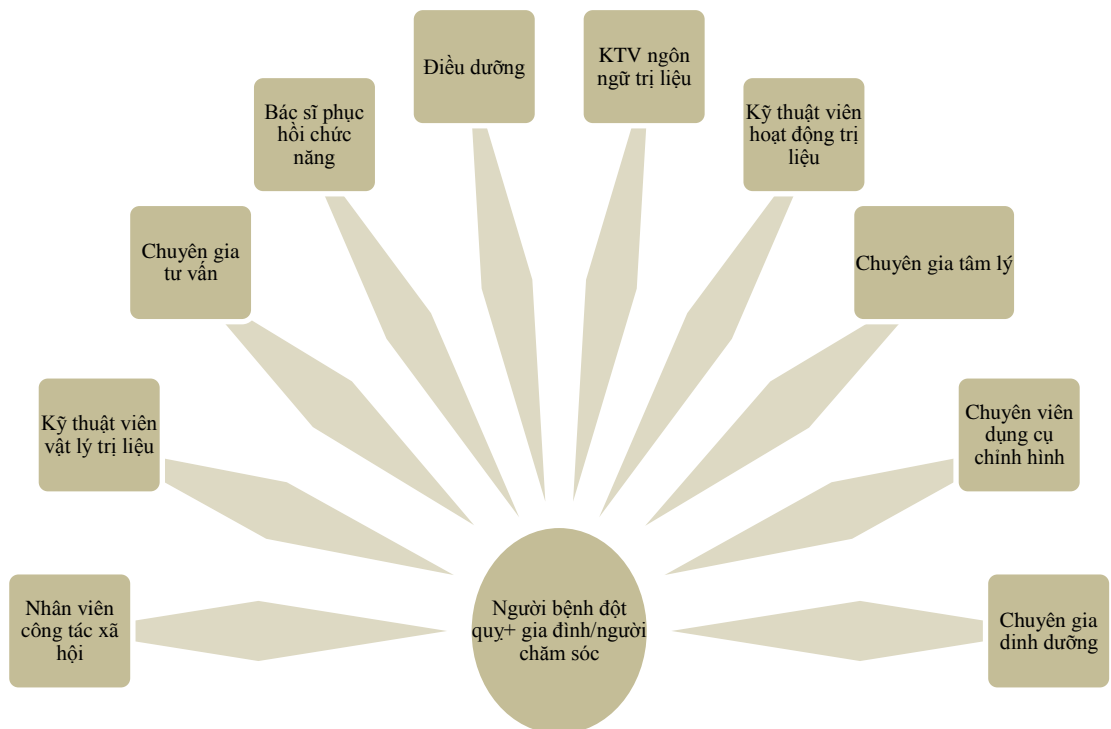
Sự chăm sóc, điều trị lấy gia đình làm trung tâm cũng mô phỏng theo triết lý tương tự chăm sóc, điều trị lấy người bệnh làm trung tâm và tiến xa hơn nữa bằng cách công nhận gia đình và người chăm sóc là những người quyết định then chốt khi làm việc với người bệnh đột quỵ. Sự chăm sóc, điều trị lấy gia đình làm trung tâm bao gồm một bộ tiêu chuẩn, thái độ, và phương pháp tiếp cận dịch vụ cho người bệnh đột quỵ và gia đình của họ. Gia đình làm việc với nhà cung cấp dịch vụ, và sau khi đã am hiểu mọi thông tin, họ sẽ quyết định họ và người bệnh tham gia những dịch vụ gì và được hỗ trợ như thế nào. Phương pháp tiếp cận lấy gia đình làm trung tâm cần nhắc đến điểm mạnh và nhu cầu của mọi thành viên trong gia đình và người chăm sóc. Gia đình là người xác định ưu tiên trong can thiệp và dịch vụ. Phương pháp tiếp cận này được xây dựng dựa trên giả thiết gia đình là người hiểu người bệnh đột quỵ nhất, và người bệnh sẽ hồi phục tốt nhất khi có được sự nâng đỡ của gia đình và cộng đồng và mỗi gia đình đều khác biệt. Dịch vụ nhằm mục đích hỗ trợ và tôn trọng năng lực và nguồn lực của mỗi gia đình. Năng lực gia đình bao gồm những kiến thức và kỹ năng mà một gia đình cần có để đáp ứng nhu cầu và sự khỏe mạnh của người bệnh đột quỵ. Năng lực là năng lượng thể chất, tình cảm và tinh thần cần có để hỗ trợ người bệnh đột quỵ, và ảnh hưởng trực tiếp đến cảm nhận của người nhà về khả năng chăm sóc người bệnh đột quỵ.

2.5. Phương pháp tiếp cận đa chuyên ngành

Bằng chứng cho thấy rằng khi người bệnh đột quỵ được một đội ngũ đa chuyên ngành có chuyên môn về đột quỵ điều trị, và đội ngũ này làm việc với nhau tại một địa điểm chung (đơn vị đột quỵ), thì có tác động tốt đến tỷ lệ sống sót, khoảng thời gian nằm viện, và mức độ độc lập trong hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL), so với sự chăm sóc, điều trị thông thường tại một khoa không phải chuyên khoa. (KNGF, 2014) ^[A]

Đội ngũ này bao gồm:

- Bác sĩ tư vấn
- Điều dưỡng
- Kỹ thuật viên Vật lý Trị liệu
- Kỹ thuật viên Hoạt động Trị liệu
- Chuyên viên Âm ngữ Trị liệu
- Chuyên gia tâm lý học lâm sàng
- Nhân viên công tác xã hội
- Chuyên viên dụng cụ chỉnh hình



Nhóm này nên kết hợp chặt chẽ với nhau một cách minh bạch để phục hồi chức năng theo chủ trương lấy người bệnh làm trung tâm và hướng đến mục tiêu cho từng người bệnh và gia đình của họ. Phương pháp tiếp cận này có nghĩa là nhóm này nên cùng nhau tiến hành lượng giá và can thiệp nhằm nâng cao kết quả phục hồi chức năng^[A]. Thành viên trong nhóm đa chuyên ngành cốt lõi về đột quỵ cần sàng lọc người bệnh để phát hiện các suy giảm và khuyết tật, để biết hướng lượng giá và điều trị chuyên sâu hơn.

Nhóm đa chuyên ngành (MDT) nên sử dụng những công cụ lượng giá được chuẩn hóa ví dụ như bài Đo lường Mức độ Độc lập Theo Chức năng (Functional Independence Measure – FIM) hoặc Chỉ số Barthel (Barthel Index – BI)^[A] để đảm bảo người bệnh được chăm sóc, điều trị hướng đến mục tiêu và có thể đo lường được (xem Phụ lục 1. và 2. để có ví dụ về FIM và Chỉ số Barthel).

2.6. Cường độ và thời lượng phục hồi chức năng hoạt động trị liệu

Theo tài liệu hướng dẫn của NICE (National Institute for health and Care Excellence – NICE), quá trình phục hồi chức năng nên bắt đầu càng sớm càng tốt sau đột quỵ^[B]. Bác sĩ nên hướng dẫn kỹ thuật viên hoạt động trị liệu khi nào là an toàn và có thể bắt đầu lượng giá. Thời điểm này có thể diễn ra sớm, trong vòng một vài giờ sau đột quỵ (NICE, 2013).

Nên cho người bệnh đột quỵ càng nhiều cơ hội phục hồi chức năng càng tốt trong 6 tháng đầu sau đột quỵ (NICE, 2013)^[A]. Đối với những người bệnh có khả năng tham gia và có thể đạt được các mục tiêu theo chức năng, nên cho họ tập HĐTL ít nhất 45 phút mỗi ngày và ít nhất 5 ngày mỗi tuần^B. Đối với những người bệnh không ngừng cải thiện về mặt chức năng và có khả năng tham gia, nên cân nhắc tăng cường phục hồi chức năng cho họ (NICE, 2013).

Nên thực hiện huấn luyện lớp xoay vòng (circuit class training) theo tác vụ cụ thể và quay video để tự làm mẫu nhằm gia tăng khoảng thời gian người bệnh tham gia luyện tập phục hồi chức năng. Ngoài ra, đối với những người bệnh không thể hoàn thành những yêu cầu tối thiểu, thì vẫn nên cho họ tập HĐTL 5 ngày mỗi tuần, mỗi ngày tập theo thời lượng mà họ có thể chịu đựng được (NICE, 2013)^[A].

2.7. Lượng giá nguy cơ và can thiệp

Khi tiến hành lượng giá HĐTL ban đầu, cần lượng giá những nguy cơ trước mắt càng sớm càng tốt để nhân viên, gia đình và/hoặc người chăm sóc có thể xử trí đúng cách và an toàn cho người bệnh^[A].

Những lĩnh vực mà KTV HĐTL sẽ lượng giá có thể bao gồm:

- Định hướng nhận thức (thời gian, nơi chốn và con người)
- Tư thế, cách di chuyển, dịch chuyển và cách đặt tay để di chuyển, dịch chuyển người bệnh
- Nguy cơ ngã: tốt nhất nên để kỹ thuật viên vật lý trị liệu (KTV VLTL) thực hiện bài lượng giá được chuẩn hóa trong khi KTV HĐTL có thể lượng giá nguy cơ ngã khi thực hiện các hoạt động theo chức năng ví dụ như đi vệ sinh và tắm rửa
- Nuốt (giao tiếp với nhóm đa chuyên ngành (MDT) để nắm thông tin về chức năng nuốt): KTV HĐTL có thể xem xét nguy cơ hít sặc liên quan đến tư thế của người bệnh khi ăn uống
- Dịch chuyển theo chức năng: bồn vệ sinh, ghế, xe lăn, giường
- Nguy cơ loét do tỳ đè (bao gồm trạng thái đại tiểu tiện tự chủ): Điều dưỡng có thể sử dụng bài lượng giá được chuẩn hóa như thang Braden (Phụ lục 10). KTV HĐTL phải lượng giá nguy cơ trong cách đặt tư thế, dịch chuyển, chuyển thể và lực trượt, giữ vệ sinh/vấn đề đại tiểu tiện tự chủ, nhu cầu sử dụng thiết bị, dụng cụ chuyên dụng như nệm và ghế ngồi

- Kỹ năng giao tiếp: khả năng diễn đạt những nhu cầu cơ bản và hiểu những mệnh lệnh hướng dẫn cơ bản tại bệnh viện

KTV HĐTL không cần thực hiện riêng mỗi bài lượng giá nêu trên vì cách tiếp cận lượng giá hiệu quả nhất là theo đội ngũ đa chuyên ngành (MDT). Ví dụ: Điều dưỡng sẽ thực hiện bài lượng giá được chuẩn hóa về nguy cơ loét do tỳ đè và KTV HĐTL có thể tham khảo kết quả.

2.8. Báo cáo

KTV HĐTL nên ghi nhận tất cả thông tin về lượng giá và can thiệp đã thực hiện với từng người bệnh trong một bộ hồ sơ chung mà cả đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) cùng sử dụng^[GPP]. Điều này cho phép nhóm đa chuyên ngành (MDT) có thể hoạt động hiệu quả và giảm bớt sự lặp lại các bài lượng giá và phương thức can thiệp giữa các chuyên ngành. Sử dụng một bộ hồ sơ chung là một cách hiệu quả để giao tiếp thông tin với đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) trong suốt quá trình trị liệu.

3. Quy trình Phục hồi Chức năng

3.1. Lượng giá hoạt động trị liệu

Đối với tất cả lĩnh vực lượng giá được bao hàm trong tài liệu hướng dẫn này, nhóm biên soạn giả định rằng ngay khi có kết quả lượng giá, KTV HĐTL sẽ tiến hành hướng dẫn người bệnh đột quy và gia đình/người chăm sóc của họ ngay để giảm bớt nguy cơ xuất hiện đi kèm với những khiếm khuyết mới^[GPP].

Lượng giá người bệnh không có lời nói/mất ngôn ngữ:

Khi có thể, nên tiến hành lượng giá chung về HĐTL và Ngôn ngữ trị liệu (NNTL) đối với những người bệnh có khó khăn về hiểu và/hoặc giao tiếp nhu cầu của họ^[GPP].

Khi không có chuyên gia NNTL, thì có thể sử dụng những chiến lược khác, ví dụ: sử dụng thẻ hình ảnh để người bệnh có thể chỉ vào hình đại diện cho nhu cầu của họ, ví dụ như đi vệ sinh; Có khả năng người bệnh đột quy cũng có thể giao tiếp bằng cách viết nhu cầu của họ ra giấy hoặc sử dụng cử chỉ điệu bộ ví dụ như chỉ ngón tay cái lên/xuống (ra hiệu đồng ý/không đồng ý).

3.1.1. Lượng giá phỏng vấn hoạt động trị liệu ban đầu

Nên thực hiện sàng lọc chung tất cả lĩnh vực chủ yếu của HĐTL khi lần đầu gặp người bệnh và gia đình.^[GPP] Các lĩnh vực bao gồm:

- Mong đợi của người bệnh đột quy/gia đình/người chăm sóc
- Thông tin y khoa
- Hoàn cảnh xã hội
- Mức độ chức năng trước khi đột quy
- Mức độ chức năng hiện tại
- Giả thuyết ban đầu để dẫn dắt quá trình lên kế hoạch lượng giá thêm
- Lên kế hoạch cho buổi tiếp theo; Có thể xác định mục tiêu, nhưng đặt mục tiêu trị liệu trong giai đoạn này thường là quá sớm

Buổi phỏng vấn ban đầu sẽ dẫn dắt quá trình lượng giá thêm.

3.1.2. Lượng giá chi tiết

- Nhận thức
- Thị giác
- Nhận cảm/ ý thức về không gian
- Thăng bằng
- Chi trên
- Đau

- Hoạt động: hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) cá nhân, trong gia đình và cộng đồng; Khả năng giao tiếp nhu cầu tại bệnh viện; Dịch chuyển, chuyển thể và di chuyển; Sức bền khi thực hiện hoạt động và rối loạn giấc ngủ.
- Lượng giá nhà ở
- Nhu cầu ghế ngồi và xe lăn
- Lượng giá xe lăn
- Chức năng cảm xúc và các vấn đề tâm lý

(I) Lượng giá nhận thức

Công cụ lượng giá được chuẩn hóa

KTV HĐTL nên thường xuyên sàng lọc tất cả người bệnh sau đột quy để phát hiện khiếm khuyết về nhận thức; Thang Đánh giá Nhận thức Montreal (MoCA)^[B] (xem phụ lục 4) và Lượng giá Nhận thức Loewenstein trong Hoạt động Trị liệu (LOTCA)^[B] là những công cụ thích hợp cho phần lớn mục đích sàng lọc nhận thức trong đột quy. Khi xác định được một vấn đề thì tiến hành lượng giá toàn diện bằng cách sử dụng những công cụ được chuẩn hóa, có hiệu lực và độ tin cậy cao (khi có thể) để biết hướng can thiệp. KTV HĐTL nên sử dụng cùng một công cụ để đo lường hiệu quả của phương pháp can thiệp theo thời gian nhưng nên xem xét cách giảm bớt những đáp ứng học được của người bệnh ví dụ như các phương án được đề xuất trên trang web MoCAtest.org.

Những công cụ lượng giá nhận thức chuyên sâu (bằng tiếng Việt) còn hạn chế tại Việt Nam. KTV HĐTL có thể chọn áp dụng các bài lượng giá dựa trên tiếng Anh và dịch tại chỗ sang tiếng Việt khi có thể. Có thể cân nhắc sử dụng những công cụ như Bài Kiểm tra Nhận thức Của Addenbrooke (Addenbrooke’s Cognitive Examination – ACE-III) khi KTV HĐTL có kiến thức và kỹ năng lâm sàng để sử dụng công cụ này (xem Phụ lục 5 để có ví dụ về bài lượng giá)^[GPP].

Công cụ lượng giá chưa được chuẩn hóa

Khi không có công cụ được chuẩn hóa, KTV HĐTL có thể lượng giá khả năng tiếp nhận, xử lý và giao tiếp ý tưởng, suy nghĩ và hành động của người bệnh tại bệnh viện và trong khi thực hiện hoạt động thông qua quan sát hành vi^[GPP]. Việc này bao gồm quan sát chức năng điều hành của người bệnh, đặc biệt để lượng giá hiểu biết của người bệnh về những nguy cơ cá nhân và năng lực của bản thân họ.

Có thể thực hiện hình thức lượng giá này bằng cách quan sát người bệnh tham gia vào hoạt động ví dụ như những tác vụ chăm sóc cá nhân và/hoặc những tác vụ trong gia đình. Nền tảng của quá trình lượng giá nên chú trọng lượng giá các lĩnh vực trí nhớ, sự tập trung chú ý, kỹ năng kiến tạo thị giác, chức năng điều hành và ngôn ngữ.

(II) Thị giác

KTV HĐTL nên sàng lọc mỗi người bệnh đột quy để phát hiện khiếm khuyết thị giác mới.^C Các lĩnh vực lượng giá bao gồm:

- Nhìn một thành hai (Song thị)
- Hội tụ
- Theo dõi thị giác (dõi mắt)
- Thị lực thô - khả năng nhận biết đồ vật / số ngón tay mà KTV đang giơ lên, v.v.
- Phát hiện màu sắc
- Thị trường
- Giảm chú ý thị giác

Khi KTV HĐTL chưa được đào tạo nhiều về lượng giá thị giác, một phương án có thể cũng có ích là họ thảo luận vấn đề này với nhân viên y tế đã lượng giá thị giác cho người bệnh để biết thông tin.

Tối thiểu thì KTV HĐTL nên hỏi người bệnh và gia đình họ có gặp khó khăn gì về thị giác không, tuy nhiên đây là phương pháp lượng giá có độ tin cậy thấp nhất.

(III) Nhận cảm

Nên lượng giá nhận cảm theo nhóm đa chuyên ngành (MDT) và cần liên tục tái đánh giá khả năng nhận cảm trong suốt quá trình phục hồi chức năng để biết phương pháp can thiệp chính xác.

Lãng quên/Thờ ơ và giảm chú ý không gian nửa bên liệt

KTV HĐTL có thể sử dụng các bài lượng giá được chuẩn hóa ví dụ như bài kiểm tra loại trừ ngôi sao hoặc vẽ đồng hồ để sàng lọc nguy cơ lãng quên/thờ ơ (xem phụ lục 6 & 7 để có ví dụ)^[A].

KTV HĐTL nên là người thường xuyên tiến hành lượng giá không được chuẩn hóa ví dụ như quan sát các hoạt động như ăn uống hoặc những tác vụ chăm sóc cá nhân. Ngoài ra KTV HĐTL cũng có thể hỏi người bệnh đột quy những câu hỏi cơ bản về nhận cảm của họ đối với môi trường xung quanh để thu thập thêm thông tin, ví dụ: ‘anh/chị có thể mô tả hai bên căn phòng như thế nào không?’^[GPP].

Nên lượng giá những lĩnh vực chuyên sâu của nhận cảm ví dụ như:

> Phân biệt bên trái và bên phải của cơ thể và môi trường^[A]:

- Người bệnh có phân biệt được bên trái cơ thể của họ so với bên phải không?

> Liên hệ về không gian^[GPP]:

- KTV HĐTL có thể lượng giá khả năng nhận cảm chiều sâu và ý thức của người bệnh về vị thế của họ trong không gian so với môi trường xung quanh bằng cách quan sát hoạt động

> Lên kế hoạch vận động / Mất thực dụng hoặc mất điều khiển hữu ý^[B]:

- Người bệnh có thể lên kế hoạch và thực hiện những hoạt động chi trên có ý nghĩa không? Ví dụ: pha một tách trà và/hoặc chải răng?
- Người bệnh có thể tạo ra những cử chỉ điệu bộ có ý nghĩa không? Ví dụ: vẫy tay chào tạm biệt, thổi tắt diêm.

(V) Cảm giác

Công cụ sàng lọc và lượng giá chưa được chuẩn hóa

KTV HĐTL có thể lượng giá khả năng người bệnh phát hiện sự sờ chạm nông và sâu, cảm giác nóng và lạnh và sắc và cùn trên bề mặt của cả hai chi trên khi che mắt lại. Có thể sử dụng những công cụ thiết thực tại chỗ có thể an toàn kiểm tra từng loại cảm giác này^[GPP].

Công cụ lượng giá được chuẩn hóa

Chỉ có thể áp dụng bộ công cụ đánh giá cảm giác bằng các sợi Semmes Weinstein khi: 1) Có thể tiếp cận bài kiểm tra này, 2) KTV HĐTL đã được đào tạo để thực hiện bài kiểm tra và; 3) Người bệnh có biểu hiện khiếm khuyết cảm giác phức tạp và sẽ được can thiệp huấn luyện lại cảm giác cụ thể.

Cảm thụ bản thể^[C]

- Lượng giá khả năng nhận biết vị thế của từng chi trên trong không gian (tĩnh); lượng giá từ ngọn chi (ngón tay cái, ngón tay trỏ, cổ tay) đến gốc chi (khủy tay và vai)

Cảm thụ vận động^[C]

- Lượng giá khả năng nhận biết vị thế của chi trên trong không gian khi đang cử động

Mất nhận biết cảm giác^[GPP]

- Người bệnh có nhận biết và hiểu được những thông tin thị giác riêng lẻ không?
- Người bệnh có phân biệt được các âm thanh khác nhau và nhận ra những âm thanh quen thuộc riêng lẻ không?
- Người bệnh có nhận biết và xác định đúng bộ phận cơ thể riêng lẻ nào mà KTV đang chạm vào không?

Lập thể tri giác^[GPP]

- Người bệnh có nhận biết được đồ vật chỉ bằng thông tin xúc giác không? Ví dụ: người bệnh có nhận biết được đôi đũa trong tay khi che mắt lại không?

(VI) Thăng bằng

Nên lượng giá thăng bằng theo chức năng. Có thể sử dụng công cụ lượng giá thăng bằng Tinetti cho mục đích này^[B].

KTV HĐTL cũng có thể lượng giá thăng bằng tĩnh và động thông qua quan sát hoạt động, ví dụ:

- Lượng giá thăng bằng tĩnh (đứng và ngồi): Người bệnh có thể ngồi ở mép giường độc lập hoặc không bị mất thăng bằng không? Người bệnh có thể đứng chải răng độc lập hoặc không bị mất thăng bằng không?^[GPP]
- Lượng giá thăng bằng động (đứng và ngồi): Người bệnh có thể với tay xuống và nhặt đôi giày lên khỏi sàn nhà độc lập hoặc không bị mất thăng bằng không? Người bệnh có thể độc lập tắm rửa và hoàn thành những tác vụ tắm rửa khác trong tư thế đứng/ngồi hoặc không bị mất thăng bằng không?^[GPP]

(VII) Lượng giá nhu cầu về ghế ngồi và xe lăn

Nên ngay lập tức lượng giá nhu cầu về ghế ngồi^[A] như là một phần của quá trình

1. Lượng giá nguy cơ loét do tỳ đè và
2. Lượng giá hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL), khả năng di chuyển, dịch chuyển và chuyển thể theo chức năng.

Quá trình lượng giá nên bao gồm:

- Tư thế và cách đặt tư thế lý tưởng bao gồm những yếu tố cố định và những yếu tố điều chỉnh được
- Xem xét vấn đề biến chứng thứ phát ví dụ như loét do tỳ đè, rút ngắn cơ và co rút
- Tác động của trọng lực đến tư thế
- Mức độ thực hiện theo chức năng

Nên xem xét thêm những yếu tố khác cho mỗi người bệnh bao gồm (WHO, 2012)^[A]:

- Người bệnh có thể sẽ cần xe lăn trong bao lâu
- Khả năng tự đẩy xe lăn của người bệnh
- Chức năng chi trên và chi dưới
- Người bệnh sẽ sử dụng xe lăn trong môi trường như thế nào ví dụ như khả năng di chuyển trong nhà và ngoài trời, khả năng di chuyển trong cộng đồng, người bệnh sẽ sử dụng xe lăn trên những bề mặt như thế nào

- Người bệnh sẽ sử dụng xe lăn cho những hoạt động gì ví dụ như di chuyển, ăn uống, vệ sinh cá nhân, lao động
- Sự sẵn có, giá thành và nhu cầu bảo dưỡng đối với những loại xe lăn khác nhau và những yếu tố này đáp ứng nhu cầu của mỗi người bệnh như thế nào

(VIII) Lượng giá chi trên

Nhóm đa chuyên ngành (MDT) nên lượng giá kỹ lưỡng sức mạnh, cử động và chức năng chi trên^[A]. Nếu KTV VLTL đã lượng giá sức mạnh và trương lực cơ thì KTV HĐTL chỉ tập trung lượng giá chức năng chi trên. Vai trò của KTV HĐTL/VLTL trong quá trình lượng giá chi trên sẽ khác nhau tùy từng môi trường lâm sàng và khi có thể thì nên xác định rõ vai trò cụ thể của mỗi chuyên ngành trong quá trình lượng giá để giảm bớt sự lặp lại và khuyến khích hợp tác theo đội ngũ đa chuyên ngành (MDT).

Lượng giá bán trật khớp vai

- Nhẹ nhàng sờ chạm vào khớp ổ chảo - cánh tay để phát hiện bán trật ^A
- Hỏi người bệnh có chỗ nào đau không

Lượng giá các cơn đau toàn bộ và cục bộ (ở chi trên) ^[GPP]

- Hỏi người bệnh có chỗ nào đau không khi ở trạng thái tĩnh và động
- Lượng giá các cơn đau bằng cách cho người bệnh di chuyển, dịch chuyển an toàn và thực hiện hoạt động có ý nghĩa, khi thích hợp làm vậy
- Thu thập thêm thông tin bằng cách thảo luận với đội ngũ đa chuyên ngành (MDT)

Sự thuận tay

- Thông thường người bệnh thuận tay phải hay tay trái?

Trương lực

- Nên sử dụng Thang điểm Ashworth Cải biên (MAS) để lượng giá trương lực (xem Phụ lục 8 để có ví dụ) ^A.

Sức mạnh cơ

- Nên sử dụng bài kiểm tra được chuẩn hóa Thử Cơ Bằng Tay (MMT) với thang điểm 0-5 để lượng giá sức mạnh ^A

Tầm vận động ^[GPP]

- Nên lượng giá tầm vận động thụ động và chủ động theo chức năng bằng cách quan sát chi trên thực hiện những hoạt động có ý nghĩa ví dụ như khả năng tự ăn uống,

khả năng gội đầu, khả năng xoay chìa khóa, khả năng cài nút áo quần hoặc kéo dây kéo lên^[GPP].

Sự điều hợp

- Quá trình sàng lọc để phát hiện những khó khăn điều hợp ở chi trên có thể bao gồm bài kiểm tra chạm ngón tay lên mũi và/hoặc đối ngón tay cái để chạm vào đầu các ngón còn lại^C.
- Nếu phát hiện có khó khăn thì nên lượng giá sự điều hợp theo chức năng. Quan sát những tác vụ và hoạt động có ý nghĩa bao gồm những hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) cá nhân và trong gia đình tập trung vào việc sử dụng chi trên ví dụ như chải đầu, mặc quần áo và ăn uống^[GPP].

Khả năng sử dụng theo chức năng

> Những công cụ được chuẩn hóa

- Nên sử dụng bài Lượng giá Hộp và Khối để lượng giá chức năng chung của chi trên vì bài lượng giá này cho phép KTV HĐTL đo lường sự tiến bộ của người bệnh theo thời gian^{B1}.
- Cũng nên sử dụng bài Kiểm tra Chín lỗ để lượng giá chức năng và khả năng kiểm soát vận động tinh nói chung để đo lường sự tiến bộ của người bệnh theo thời gian (xem Phụ lục 9 để có ví dụ về công cụ lượng giá này)^[C].
- Hai bài kiểm tra khác đã được công nhận tính giá trị để lượng giá chức năng chi trên sau đột quỵ là Thử nghiệm tìm hiểu hoạt động tay (Action research arm test – ARAT)^[A] (Phụ lục 16) và Bài kiểm tra chức năng vận động Wolf (Wolf motor function test – WMFT) (Phụ lục 17)^[A].

> Lượng giá chưa được chuẩn hóa^[GPP]

- Cần lượng giá thông qua quan sát khả năng sử dụng chi trên theo chức năng để biết được trạng thái chức năng hiện tại của người bệnh, mức độ độc lập của họ và có thông tin để phục vụ quá trình đặt mục tiêu và lên kế hoạch trị liệu. Nên lượng giá chức năng chi trên trong tất cả hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) có liên quan (hoạt động vận động tinh và vận động thô) và khả năng sử dụng chi trên khi dịch chuyển, chuyển thể và di chuyển theo chức năng.

(IX) Lượng giá hoạt động sinh hoạt hằng ngày

Đối với mọi tác vụ chức năng, KTV HĐTL đều xem xét nhận thức, nhận cảm về không gian, chức năng thể chất, sức bền khi thực hiện hoạt động và rối loạn giấc ngủ. Những yếu tố này có thể ảnh hưởng đến sự tham gia và khả năng thực hiện. KTV HĐTL có thể muốn sử dụng một bài lượng giá được chuẩn hóa ví dụ như FIM hoặc Chỉ số Barthel để đo lường sự thay đổi theo thời gian^[A].

Dịch chuyển trên giường và dịch chuyển, chuyển thể theo chức năng^[GPP]

Chuyên ngành khác có thể hoàn thành phần lượng giá khả năng dịch chuyển trên giường, ví dụ như Vật lý trị liệu.

Lượng giá những khả năng sau của người bệnh đột quy:

- Tự đặt tư thế và điều chỉnh tư thế đúng trên giường
- Bắc cầu để mặc quần và dịch chuyển lên trên và xuống dưới trên giường
- Trở người sang trái và phải
- Chuyển từ nằm sang ngồi
- Dịch chuyển từ ngồi dậy trên giường sang ngồi ở gờ giường

Lượng giá xem nếu cho người bệnh sử dụng dụng cụ thích nghi để cải thiện khả năng dịch chuyển trên giường thì sẽ có ích hay không, ví dụ như sử dụng thanh vịn gắn giường hoặc đệm nâng đỡ thêm để cải thiện tư thế.

(Xem Phụ lục 11 để có biểu đồ chi tiết về những cách đặt tư thế tốt nhất cho người bệnh đột quy trên giường)

Chuyên ngành khác có thể hoàn thành phần lượng giá khả năng dịch chuyển hoặc chuyển thể, ví dụ như Vật lý trị liệu. Lượng giá những khả năng sau của người bệnh^[GPP]:

- Chuyển thể từ ngồi sang đứng trên giường, ghế, bồn vệ sinh
- Lượng giá mọi kiểu dịch chuyển có liên quan ví dụ như từ xe lăn qua bồn vệ sinh, từ giường qua ghế
- Nếu phù hợp thì lượng giá khả năng dịch chuyển qua xe máy và/hoặc xe hơi

Sau khi lượng giá khả năng dịch chuyển trên giường và dịch chuyển, chuyển thể nói chung, nên giáo dục và hướng dẫn người bệnh, gia đình/người chăm sóc và những nhân viên khác có tham gia dịch chuyển người bệnh để họ biết về mức độ trợ giúp cần thiết cho người bệnh và cần lưu ý những nguy cơ gì, ví dụ như bán trật khớp vai.

Hoạt động sinh hoạt hằng ngày cá nhân

Nên tiến hành lượng giá thông qua quan sát tại bệnh viện. KTV HĐTL nên lượng giá những vấn đề sau^[A]:

- Khả năng tự đi vệ sinh tại bệnh viện.
- Khả năng tự mặc/cởi quần áo, tắm rửa, lau người và chải đầu, vệ sinh cá nhân
- Khả năng tự ăn uống.
- Lượng giá các vấn đề an toàn và đưa ra khuyến nghị ngay tức thì để giao tiếp với người bệnh, gia đình/người chăm sóc và đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) về mức độ trợ giúp người bệnh trong các hoạt động chăm sóc cá nhân sau này ví dụ như người bệnh đột quy cần một người trợ giúp để đi vệ sinh

Hoạt động sinh hoạt hằng ngày trong gia đình

Lượng giá thông qua quan sát có thể bao gồm^[A]:

- Chuẩn bị bữa ăn và thức uống
- Dọn giường
- Gấp quần áo
- Làm vườn

Hoạt động sinh hoạt hằng ngày trong cộng đồng

KTV HĐTL làm việc trong khoa nội trú nên thực hiện lượng giá cộng đồng khi có chỉ định lượng giá cộng đồng và/hoặc cảm nhận thấy có nguy cơ trước mắt về vấn đề an toàn cho người bệnh đột quy/gia đình, đặc biệt khi người bệnh sắp được xuất viện về nhà^[A]. Quá trình lượng giá có thể bao gồm các vấn đề:

- Mua sắm và quản lý tiền bạc
- Đi lại trong cộng đồng và vấn đề an toàn cho người bệnh ở những khu phố có mật độ giao thông dày đặc/ nguy hiểm
- Sử dụng phương tiện giao thông công cộng/cá nhân

(X) Lượng giá nhà ở

Cần thực hiện một cuộc phỏng vấn ban đầu với người bệnh và gia đình của họ về cách bố trí của môi trường nhà ở như là một phần của quá trình lượng giá HĐTL ban đầu^[GPP].

Trước khi người bệnh xuất viện về nhà, phương pháp thực hành tốt nhất trên quốc tế hiện nay ủng hộ phương án KTV HĐTL đến thăm nhà ở của người bệnh và gia đình. Tuy nhiên, hiện nay Việt Nam còn thiếu nguồn nhân lực được đào tạo để đi lượng giá nhà ở.

Ngoài ra, thách thức về yếu tố địa lý liên quan đến quãng đường từ bệnh viện đến nhà ở của người bệnh và mật độ giao thông dày đặc khiến cho quá trình đến thăm nhà ở có thể mất nhiều thời gian tại các khu vực đô thị và một số khu vực nông thôn. Địa hình và tình trạng đường sá xuống cấp cũng có thể trở thành một rào cản khi đi thăm nhà ở tại các khu vực nông thôn và miền núi.

Khi có thể đi thăm nhà ở, KTV HĐTL nên đi cùng với người bệnh đột quy và gia đình của họ và/hoặc người chăm sóc đến nhà của họ để lượng giá các vấn đề sau^[GPP]:

- Di chuyển, dịch chuyển và chuyển thể theo chức năng.
- Khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) tại nhà
- Nguy cơ trong môi trường nhà ở ví dụ như nguy cơ té ngã, nguy cơ hỏa hoạn

Trong khi thăm nhà, người bệnh có cơ hội luyện tập những hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) và di chuyển, dịch chuyển trong môi trường nhà ở để gia tăng sự tự tin khi ở nhà và giảm bớt nguy cơ khi họ xuất viện về nhà.

Khi không thể đi thăm nhà ở, KTV HĐTL ít nhất nên hoàn thành các bước sau^[GPP]:

- Thực hiện một cuộc phỏng vấn ban đầu chi tiết về nhà ở để thu thập thông tin liên quan đến môi trường nhà ở.
- Yêu cầu gia đình gửi hình ảnh những khu vực trong nhà có thể gây khó khăn (nếu họ có thể làm vậy)
- Lượng giá năng lực thực hiện những hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) của người bệnh trong môi trường mô phỏng tại bệnh viện. Nếu không có môi trường mô phỏng chính thức, thì KTV HĐTL nên cố gắng mô phỏng càng giống càng tốt môi trường nhà ở để có thể huấn luyện và cho người bệnh luyện tập thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) đúng bối cảnh ví dụ như đi vệ sinh trên bệ xí ngồi xổm, dịch chuyển ra khỏi giường thấp hoặc chiếu, chuẩn bị bữa ăn trên ghế ngồi có chiều cao giống ghế ngồi ở nhà.

KTV HĐTL có thể đưa ra khuyến nghị về dụng cụ trợ giúp và cách điều chỉnh các vật dụng cần thiết để nâng cao chức năng của người bệnh ở nhà ngay sau khi lượng giá, khi có thể làm vậy. Điều này giúp gia đình có thời gian chuẩn bị nhà cửa trước khi người bệnh xuất viện về nhà (xem phần 4.12 để biết thêm chi tiết).

(XI) Chức năng cảm xúc và các vấn đề tâm lý

- Nên cân nhắc những vấn đề liên quan đến việc thích nghi với bệnh tật/khuyết tật và cảm nhận của người bệnh về bản thân họ trong bối cảnh tuổi tác, giới tính, tình dục, gia đình và các mối quan hệ^[B]
- Có khả năng người bệnh đột quy sẽ trải qua những thay đổi đáng kể về tâm trạng do đột quy và vì vậy, nên cân nhắc cách tiếp cận theo nhóm đa chuyên ngành (MDT) để lượng giá và can thiệp theo phương pháp lấy người bệnh làm trung tâm nhằm nâng cao sự khỏe mạnh về cảm xúc trong suốt quá trình phục hồi chức năng^[B]

3.2. Đặt mục tiêu và lập kế hoạch trị liệu

Sau khi lượng giá để có thông tin phục vụ quá trình lập luận lâm sàng, thì việc quan trọng hàng đầu tiếp theo là đặt mục tiêu với người bệnh đột quy và gia đình của họ^[A].

Mỗi người bệnh đột quy và gia đình của họ đều nên được tham gia vào quá trình đặt mục tiêu và nên thường xuyên ghi nhận những mong muốn và nguyện vọng của họ. Nên sử dụng những công cụ được chuẩn hóa để có thể đặt mục tiêu cụ thể trong đó người bệnh là trung tâm. Đây là nền tảng để đạt được khả năng thực hiện tốt và mức độ hài lòng cao ở người bệnh^[A].

- Công cụ Đánh giá Sự Thực hiện Hoạt động trị liệu của Canada (COPM) cho phép KTV HĐTL ghi chép lại các mục tiêu ngắn hạn và dài hạn nhưng cũng giúp người bệnh và KTV trị liệu dành ưu tiên cho những mục tiêu này².
- Thang điểm Đạt Mục tiêu (GAS) là một công cụ đặt mục tiêu khác mà KTV HĐTL có thể cân nhắc sử dụng (xem Phụ lục 12 để có ví dụ về phiếu chấm điểm GAS)

KTV HĐTL nên lựa chọn một công cụ đặt mục tiêu có liên quan và phù hợp với môi trường lâm sàng.

KTV HĐTL là người lên kế hoạch điều trị sau khi xem xét mục tiêu, điểm mạnh, khó khăn, nguồn lực cá nhân của người bệnh và quỹ thời gian để KTV HĐTL phục hồi chức năng với người bệnh là bao lâu. KTV HĐTL cũng nên cân nhắc các nguồn lực trong nhà/trong cộng đồng để có thể tiếp tục phục hồi chức năng sau khi người bệnh xuất viện, bằng cách xem xét tất cả khía cạnh của mô hình ICF.

Lưu ý - Thời điểm^[GPP] : Nên hoàn thành quá trình đặt mục tiêu ban đầu và lên kế hoạch điều trị trong tuần đầu tiên khi người bệnh bắt đầu phục hồi chức năng. Tuy nhiên, nếu người bệnh chỉ có thể tập phục hồi chức năng trong thời gian ngắn, thì nên bắt đầu đặt mục tiêu càng sớm càng tốt.

3.3. Can thiệp hoạt động trị liệu

Sau khi lượng giá, đặt mục tiêu và lên kế hoạch điều trị xong thì nên bắt đầu can thiệp cụ thể càng sớm càng tốt để chỉnh sửa hoặc bù trừ cho tình trạng mất đi sự độc lập theo chức năng^[A].

3.3.1. Chỉ định dụng cụ, thiết bị chống loét do tỳ đè

Đối với những người bệnh được đánh giá là có nguy cơ loét do tỳ đè - nguy cơ từ trung bình đến cao:

- KTV HĐTL phải trao đổi với đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) và gia đình về sự sẵn có, khả năng tiếp cận và giá thành của những dụng cụ, thiết bị chống loét do tỳ đè^[GPP]
- Người bệnh đột quy nên có dụng cụ, thiết bị chống loét do tỳ đè để sử dụng tại bệnh viện càng sớm càng tốt và có cơ hội xem xét các phương án kiểm soát chống loét do tỳ đè ở nhà với sự hướng dẫn của KTV HĐTL^[GPP]
- Ngoài ra, nhóm đa chuyên ngành (MDT) nên hướng dẫn và giám sát những chiến lược giảm bớt áp lực tỳ đè ví dụ như: dịch chuyển nhiều hơn càng thường xuyên càng tốt, thay đổi tư thế trên giường/ghế mỗi hai giờ, khuyến khích chuyển sức nặng cơ thể, đặt tư thế đúng và tránh lực trượt khi dịch chuyển người bệnh tai đột quy^[A]

²Công cụ Đánh giá Sự Thực hiện Hoạt động Của Canada (COPM) hiện đang trong quá trình biên dịch và công nhận tính giá trị. Bài lượng giá này sẽ sớm có bản tiếng Việt.

- Đối với những người bệnh có nguy cơ loét do tỳ đè - nguy cơ từ trung bình đến cao, nên cung cấp nệm lót chuyên dụng để giảm bớt áp lực tỳ đè^[A]
- Nên cung cấp nệm lót chuyên dụng giúp giảm bớt áp lực tỳ đè cho người bệnh khi ngồi trên ghế hoặc xe lăn^[A]
- Phương án lý tưởng nhất là sử dụng những dụng cụ, thiết bị được làm tại địa phương. Tuy nhiên, nếu được hỗ trợ tài chính thì nên cân nhắc cả những dụng cụ, thiết bị được làm tại vùng miền, ví dụ: người bệnh ở tỉnh Yên Bái (miền Bắc Việt Nam) có thể cân nhắc sử dụng những sản phẩm ở Hà Nội^[GPP].

3.3.2. Phục hồi chức năng nhận thức

(I) Trí nhớ

Những chiến lược chỉnh sửa (NICE, 2013)^[D]

- Quy tắc giúp dễ nhớ (Mnemonics): tạo ra các mối liên hệ (phương pháp loci) với thông tin mới để tăng cường khả năng mã hóa và truy hồi, ví dụ: nhớ lại tên-khuôn mặt, nhớ lại câu chuyện; Sử dụng hình ảnh trong tâm trí để tăng cường mã hóa; Tái tạo thông tin/thảo luận về thông tin theo cách diễn đạt của bản thân để tăng cường quá trình mã hóa
- Phân mảnh (chunking) và gợi ý (cueing) thông tin
- Tăng cường học tập thông qua phương pháp học không mắc lỗi, ví dụ: luyện tập các hoạt động có ý nghĩa khi xác suất người bệnh sẽ đưa ra câu trả lời sai là rất thấp

Những chiến lược bù trừ^[B]

- KTV HĐTL có thể sử dụng thẻ định hướng tại bệnh viện để giúp người bệnh tự định hướng thời gian, nơi chốn và con người hằng ngày; Nên để người bệnh bắt đầu tự theo dõi vấn đề này (khi người bệnh có thể làm vậy)
- Sử dụng các phương tiện trợ giúp để hỗ trợ nhớ lại, ví dụ: chế độ nhắc nhở/ lịch/chuông báo trên điện thoại thông minh, sử dụng sổ tay, nhật ký, băng ghi âm, lập danh sách viết tay
- Những chiến lược môi trường ví dụ như gợi ý và nhắc nhở theo ngữ cảnh

(II) Sự tập trung chú ý^{1,[B]}

Cân nhắc huấn luyện sự tập trung chú ý cho người bệnh đột quy bị suy giảm khả năng tập trung chú ý sau đột quy

- KTV HĐTL nên cho người bệnh đột quy tham gia vào những tác vụ theo chức năng và có ý nghĩa để dần dần gia tăng sự tập trung chú ý cần thiết theo từng cấp độ
- Sử dụng những kỹ thuật chung ví dụ như kiểm soát môi trường có tác nhân kích thích nhiều/ít và/hoặc sử dụng gợi ý từ môi trường để bắt đầu một hoạt động

(III) Chức năng điều hành

- Nên áp dụng những phương pháp can thiệp dựa trên hoạt động có ý nghĩa, đòi hỏi người bệnh phải lên kế hoạch, giải quyết vấn đề và phán đoán; Cần đưa ra phản hồi để nâng cao hiệu quả học tập^[GPP].
- Có thể sử dụng máy nhắn tin (pager) hoặc những gợi ý khác có liên quan để bắt đầu một hoạt động^[C].

3.3.3. Thị giác

Đối với người bệnh suy giảm thị giác, nên cho họ luyện tập lặp đi lặp lại những hoạt động nhằm chỉnh sửa hoặc bù trừ, ví dụ như:

- Luyện tập kỹ năng đọc, luyện tập về an toàn giao thông đường bộ, nhận biết và xác định đồ vật, luyện tập thực hiện những hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) có ý nghĩa^[GPP]
- Bù trừ: quét mắt, gợi ý quay đầu sang bên bệnh, kết hợp xoay thân người^[C]
- KTV HĐTL nên khuyến khích gia đình nhắc nhở bằng lời để gia tăng hiệu quả^[GPP]

3.3.4. Nhận cảm

(I) Lãng quên/Thờ ơ/Giảm chú ý

- Sử dụng gợi ý đơn giản để gây chú ý đến bên liệt^[GPP]
- Vận động bên liệt^[GPP]
- Ngoài kích thích cảm giác cho bên bị bệnh, cũng huấn luyện người bệnh quét mắt thông qua những hoạt động có đưa ra phản hồi theo cấu trúc^[C]
- Sử dụng mỏ neo thị giác làm gợi ý^[C]
- Đặt đồ vật rải rác trong thị trường để khuyến khích người bệnh chú ý đến bên liệt^[GPP]
- Những hoạt động đòi hỏi người bệnh phải sử dụng hai bên cơ thể trong bối cảnh các hoạt động mang tính chức năng^[C]
- Nhân viên y tế có thể chỉ định cho người bệnh đeo kính đặc biệt và dùng phương pháp này như một công cụ trị liệu^[C]
- Nhân viên y tế có thể chỉ định cho người bệnh đeo miếng che mắt và dùng phương pháp này để nâng cao hiệu quả can thiệp^[C]
- Hình ảnh trong tâm trí để tăng cường sự chú ý đến bên bị lãng quên/thờ ơ và sử dụng bên đó^[C]

(II) Mất nhận biết cảm giác và lập thể tri giác^[GPP]

- Những phương pháp can thiệp bù trừ nhanh có thể có ích, ví dụ như gia tăng ý thức của người bệnh về khiếm khuyết của họ.
- Sau khi thực hiện các chiến lược bù trừ, có thể huấn luyện người bệnh dùng những giác quan/khả năng nhận cảm còn nguyên vẹn để nhận biết tác nhân kích thích.

3.3.5. Phục hồi chức năng chi trên

(I) Hoạt động

Tất cả người bệnh đột quy suy giảm chức năng chi trên đều nên được tham gia luyện tập hoạt động hoặc các thành tố trong hoạt động và tác vụ càng nhiều càng tốt. Y học thực chứng trong trị liệu bao gồm^{1,2} :

- Trị liệu vận động cường bức (CIMT) cho những đối tượng người bệnh phù hợp^[A]
- Huấn luyện lặp đi lặp lại bằng những tác vụ cụ thể^[B]
- Huấn luyện có nâng đỡ bằng máy: các loại máy để nâng cao hoạt động chi trên vẫn còn hạn chế tại Việt Nam. Tuy nhiên, KTV HĐTL nên sử dụng những loại máy này nếu có thể tiếp cận chúng^[D]
- Chỉ những kỹ thuật viên đã qua đào tạo mới được phép sử dụng phương pháp kích thích điện theo chức năng (Functional electrical stimulation – FES)^[C]
- Trị liệu bằng gương^[C]
- Huấn luyện hai bên^[C]
- Các trò chơi trên máy vi tính với bảng điều khiển bằng tay đã được điều chỉnh cho người bệnh, khi có thể^[D]

(II) Khiếm khuyết vận động - cảm giác

> Yếu cơ

- Đối với một số người bệnh, ban đầu có thể sử dụng những bài tập đề kháng tăng tiến để nâng cao khả năng tham gia vào các hoạt động mang tính chức năng^[B]
- Những nhân viên đã được đào tạo có thể sử dụng liệu pháp kích thích điện chức năng^[B]
- Huấn luyện lặp đi lặp lại bằng những tác vụ cụ thể^[B]

> Mất cảm giác

- Có thể áp dụng chương trình phân biệt cảm giác dựa trên việc học nhận cảm nếu KTV HĐTL đã được đào tạo về hình thức can thiệp này^{4,[B]}
- Cũng có thể áp dụng phương pháp huấn luyện cảm giác - một phương pháp được thiết kế để tạo thuận cho sự dịch chuyển hoặc chuyển thể^{4,[B]}

(III) Mất thực dụng hoặc mất điều khiển hữu ý chi thể

- Đối với những người bệnh chặc chần mất thực dụng hoặc mất điều khiển hữu ý, có thể sử dụng những phương pháp can thiệp được thiết kế riêng cho từng người bệnh ví dụ như huấn luyện chiến lược^[C]
- Nên kết hợp các phương pháp can thiệp vào những hoạt động phù hợp và có ý nghĩa để cải thiện chức năng hoạt động, ví dụ: chiến lược mặc quần áo, chiến lược ăn uống^[C]

3.3.6. Thăng bằng, dịch chuyển, chuyển thể và di chuyển theo chức năng

- Nên luyện tập những hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) đòi hỏi người bệnh phải thăng bằng (tĩnh và động), dịch chuyển, chuyển thể và di chuyển theo chức năng để tăng cường khả năng tham gia những hoạt động có ý nghĩa và cải thiện những lĩnh vực này của chức năng^[GPP].

3.3.7. Phục hồi chức năng hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL)

- Đối với những người bệnh đột quỵ gặp khó khăn hoàn thành hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL), nên cho họ luyện tập những tác vụ cụ thể và huấn luyện người bệnh sử dụng những dụng cụ trợ giúp phù hợp để nâng cao sự tham gia và mức độ độc lập khi thực hiện những hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) cá nhân, trong gia đình và trong cộng đồng^[A]
- Nên tư vấn cho người bệnh đột quỵ, gia đình và/hoặc người chăm sóc và nhóm đa chuyên ngành (MDT) về những kỹ thuật và thiết bị, dụng cụ để tăng tối đa kết quả thực hiện những hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL), năng lực vận động-cảm giác, nhận cảm, nhận thức và thể chất^[B]
- Bằng chứng chỉ ra rằng những người bệnh gặp khó khăn di chuyển trong cộng đồng nên có đến 7 buổi luyện tập những hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) trong cộng đồng^{2,[B]}
- Luyện tập những hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) trong cộng đồng có thể bao gồm: luyện tập băng qua đường, đi đến những cửa hiệu gần nhà, hoàn thành nhiệm vụ mua sắm và luyện tập quản lý tiền bạc và sử dụng phương tiện giao thông công cộng^[GPP]
- Trao đổi về việc điều khiển xe cộ trở lại và có thể cung cấp thông tin về các phương pháp điều chỉnh hiện có cho xe máy và xe hơi tại Việt Nam. Những thông tin này có thể có ích cho người bệnh^[GPP]

3.3.8. Vấn đề mệt mỏi và sức bền khi thực hiện hoạt động

- Nên giáo dục người bệnh và gia đình và/hoặc người chăm sóc của họ về vấn đề mệt mỏi sau đột quỵ.^[GPP]
- Trong suốt chương trình trị liệu, cả nhóm đa chuyên ngành (MDT) nên hướng dẫn và cho người bệnh luyện tập những chiến lược xử trí ví dụ như những kỹ thuật giữ sức, xây dựng giờ giấc đi ngủ tốt và thời gian biểu để nghỉ ngơi và sự cần thiết tránh tiêu thụ rượu bia và thuốc an thần^[GPP]

3.3.9. Chỉ định xe lăn

(I) Chỉ định

Hiện nay, Việt Nam có nhiều loại xe lăn khác nhau được sản xuất trong nước và quốc tế. Có sự khác biệt đáng kể về chất lượng và giá cả của các loại xe^[GPP].

KTV HĐTL (khi có thể) cần làm việc chặt chẽ với người bệnh, gia đình, nhóm đa chuyên ngành (MDT) và chuyên viên kỹ thuật xe lăn để có thể đưa ra phương án lấy người bệnh làm trung tâm, an toàn, lâu bền và giá thành hợp lý nhất cho từng người bệnh.

KTV HĐTL cũng nên cân nhắc đến nhu cầu bảo dưỡng xe và nếu khả năng cao là người bệnh không thể bảo dưỡng xe tại địa phương của họ và/hoặc không đủ điều kiện kinh tế để bảo dưỡng xe, thì trong trường hợp này KTV HĐTL nên cân nhắc những phương án khác sao cho phương án lựa chọn là phương án lâu bền nhất.

Sau khi cung cấp xe lăn thì KTV HĐTL và nhóm đa chuyên ngành (MDT) nên hoàn thành những bước sau³:

- Đảm bảo ghế ngồi chuyên dụng của xe lăn đã phù hợp và vừa vặn với người bệnh đột quy theo tiêu chuẩn của WHO^[A]
- Kết hợp những thiết bị, dụng cụ cần thiết khác, ví dụ như phương tiện trợ giúp giao tiếp, máy thở, v.v.
- Kiểm tra chính thức toàn bộ hệ thống để đảm bảo xe lăn đã phù hợp và ổn định^[A]
- Đánh giá sơ bộ xem các mục tiêu đã đạt được chưa^[A]
- Hướng dẫn người bệnh đột quy và người chăm sóc của họ cách sử dụng xe lăn^[A]
- Lượng giá chính thức về các nguy cơ^[A]
- Thực hiện kế hoạch tái đánh giá định kỳ^[A]

Để biết thông tin chi tiết về xe lăn, tham khảo WHO: “Tài liệu hướng dẫn cung cấp xe lăn tay trong những trường hợp nguồn lực hạn chế” và WHO sổ tay hướng dẫn, tài liệu tham khảo cho người tham dự.

(II) Tái đánh giá xe lăn

Sau khi người bệnh đã có xe lăn vừa vặn, nên:

- Tái đánh giá lần đầu tiên sau ba tháng kể từ khi giao xe lăn cho người bệnh^[B].
- Sau đó, nên tái đánh giá mỗi 6-12 tháng tùy theo nhu cầu của người bệnh^[B].

3.3.10. Dụng cụ trợ giúp

- Nên khuyến khích người bệnh sử dụng dụng cụ trợ giúp khi phù hợp và nên sử dụng dụng cụ trong mọi buổi phục hồi chức năng dựa trên hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) để giúp người bệnh cảm thấy thoải mái, tự tin hơn khi sử dụng dụng cụ và giúp họ tạo thói quen sử dụng dụng cụ không chỉ khi tập phục hồi chức năng mà cả khi sinh hoạt hằng ngày^[B]
- Các dụng cụ có thể bao gồm: muỗng đưa đã được điều chỉnh và các dụng cụ trợ giúp trong nhà bếp, dụng cụ trợ giúp mặc quần áo và tắm rửa, dụng cụ trong gia đình để hỗ trợ nấu ăn và chuẩn bị bữa ăn, dụng cụ hỗ trợ di chuyển, thiết bị điện thoại/điện thoại thông minh để hỗ trợ ghi nhớ và lên kế hoạch.

3.3.11. Tình dục

Khi có thể, nên cho người bệnh đột quy và vợ, chồng hoặc bạn tình của họ cơ hội để trao đổi về những mối lo ngại liên quan đến vấn đề tình dục.^{1,D} Những mối lo ngại này có thể bao gồm: lo ngại về mặt thể chất liên quan đến khả năng tham gia, tư thế, lo ngại về mặt môi trường, những phương pháp tự kích thích và mức độ sẵn có của dụng cụ trợ giúp (được sản xuất trong nước và quốc tế) để người bệnh sử dụng khi có hoặc không có vợ, chồng hoặc bạn tình.

Khi có chỉ định (và khi thích hợp làm vậy), có thể tổ chức buổi nói chuyện này với những thành viên khác trong nhóm đa chuyên ngành (MDT), ví dụ: người bệnh có thể cần đến lời khuyên về y tế liên quan đến các loại thuốc kết hợp với lời khuyên về HĐTL liên quan đến tư thế an toàn và sức bền khi quan hệ.

KTV HĐTL có thể cần chú ý đến và trao đổi với người bệnh về những mối lo ngại khác liên quan đến vấn đề tình dục, bao gồm vấn đề tái hòa nhập xã hội và tìm hiểu cơ bản về những cách quản lý và tìm kiếm mối quan hệ.

Lý tưởng nhất là quá trình này sẽ có sự hỗ trợ của một chuyên gia tâm lý và khi có chỉ định, thì cả nhân viên công tác xã hội. Chủ đề tình dục thường là một chủ đề nhạy cảm tại Việt Nam và vì vậy, cần chuẩn bị trước và thận trọng khi tiếp cận vấn đề này, ví dụ như giới tính của người bệnh đột quy và KTV trị liệu, cần nhắc đến yếu tố tuổi tác, định hướng tình dục của người bệnh đột quy. KTV HĐTL phải đảm bảo nội dung cuộc đối thoại được giữ bí mật và lúc nào cũng phải tuyệt đối tôn trọng mục tiêu của người bệnh; Khi cần thiết, KTV HĐTL nên tìm kiếm sự hỗ trợ của những nhân viên có kinh nghiệm để giúp người bệnh đột quy giải quyết các vấn đề liên quan đến tình dục

3.3.12. Chức năng cảm xúc

- Nên lượng giá chức năng cảm xúc trong bối cảnh khiếm khuyết nhận thức^[GPP]
- Nên giới thiệu người bệnh đến chuyên gia tâm lý, nhân viên công tác xã hội trong nhóm đa chuyên ngành (MDT) và tham gia dịch vụ tư vấn với những người cùng hoàn cảnh (khi có thể) để được lượng giá^[GPP]
- Nên hỗ trợ và giảng giải cho người bệnh đột quy và gia đình của họ về việc thích nghi với khuyết tật, nhận biết được rằng các nhu cầu tâm lý có thể thay đổi theo thời gian và trong những môi trường khác nhau^[GPP]
- Nên áp dụng phương pháp tiếp cận theo nhóm đa chuyên ngành (MDT) để hỗ trợ chức năng cảm xúc, ví dụ: bác sĩ lượng giá sự cần thiết kê toa thuốc và KTV HĐTL giúp người bệnh và gia đình kiểm soát các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) khi người bệnh có thay đổi về tâm trạng^[GPP]
- Một thành viên phù hợp trong nhóm đa chuyên ngành (MDT) nên tái đánh giá định kỳ chức năng cảm xúc của người bệnh mỗi 6 tháng (khi có thể)^[GPP]

3.4. Xuất viện và theo dõi

3.4.1. Quy trình xuất viện

Ngoài việc hỗ trợ môi trường nhà ở, KTV HĐTL nên giới thiệu người bệnh đột quy đến với những dịch vụ sẵn có và phù hợp với họ trong cộng đồng^[B]. Những dịch vụ này có thể bao gồm:

- Dịch vụ trị liệu tại cộng đồng
- KTV làm việc ngoài giờ
- Dịch vụ xã hội tại địa phương để hỗ trợ về vấn đề trợ cấp khuyết tật và những dịch vụ hỗ trợ khác
- Kết nối người bệnh đột quy với những hoạt động tại địa phương và các nhóm xã hội trong khu vực họ sinh sống, khi có thể làm vậy

KTV HĐTL cần đảm bảo rằng người bệnh và người nhà nhận thức được để có thể chuẩn bị cho sự trở về của người bệnh tại nhà và cộng đồng. KTV cần mọi trang thiết bị cần thiết tại nhà được chuẩn bị và người bệnh cũng như người nhà họ đủ tự tin sử dụng các trang thiết bị đó.

Cũng cần viết ra một kế hoạch chăm sóc sau khi xuất viện trong đó ghi chi tiết các thông tin nói trên và đưa cho người bệnh và người nhà, đồng thời lưu một bản tại hồ sơ bệnh án của họ.

3.4.2. Khuyến nghị về cách điều chỉnh môi trường nhà ở và cách xử trí khi người bệnh về nhà

Sau khi thực hiện quy trình lượng giá nhà ở như đã trình bày phía trên, KTV HĐTL có thể đưa ra khuyến nghị về cách điều chỉnh/chỉnh sửa môi trường nhà ở theo nhiều khía cạnh khác nhau để gia tăng sự an toàn và phù hợp của môi trường nhà ở với trạng thái chức năng mới của người bệnh, ví dụ:

- Điều chỉnh môi trường nhà ở để hỗ trợ người bệnh, ví dụ như thanh vịn, tay vịn cầu thang, thay đổi vòi nước và những vật dụng gắn cố định khác, thang máy để lên xuống lầu (chỉ khi người bệnh đột quy có điều kiện kinh tế), v.v.^[GPP]
- Đưa ra lời khuyên về cách điều chỉnh môi trường nhà ở: bờ dốc để xe lăn và khung tập đi có thể ra vào dễ dàng hơn, bậc cấp phụ, nới rộng cửa ra vào, v.v.^[GPP]
- Đưa ra lời khuyên chung về cách giảm bớt nguy cơ trong nhà ví dụ như dọn dẹp nhà cửa ngăn nắp, làm thông thoáng mọi lối đi trong nhà và không để dây điện nằm bừa bãi trên sàn nhà, v.v.^[B]
- Gia tăng sự tự tin của người bệnh đột quy và gia đình của họ trong việc kiểm soát các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) ở nhà sau khi người bệnh xuất viện^[GPP]

Khi không thể đi thăm nhà ở, KTV HĐTL nên thực hiện theo quy trình lượng giá đã trình bày trong phần lượng giá nhà ở của tài liệu này. Có thể hỗ trợ người bệnh chuẩn bị về nhà bằng những cách như sau^[GPP]:

- KTV HĐTL nên cố gắng mô phỏng càng giống càng tốt môi trường nhà ở để có thể huấn luyện và cho người bệnh luyện tập thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) đúng bối cảnh ví dụ như đi vệ sinh trên bệ xí ngồi xổm, dịch chuyển ra khỏi giường thấp hoặc chiếu, chuẩn bị bữa ăn trên ghế ngồi có chiều cao giống ghế ngồi ở nhà.
- Dựa trên báo cáo và hình ảnh mà người bệnh và gia đình chụp lại về môi trường nhà ở của họ, KTV HĐTL có thể đưa ra khuyến nghị về dụng cụ trợ giúp và những cách điều chỉnh mà người bệnh và gia đình có thể cần đến nhằm nâng cao chức năng của người bệnh ở nhà.
- Dựa trên báo cáo và hình ảnh mà gia đình chụp lại, KTV HĐTL có thể đưa ra lời khuyên về cách giảm bớt nguy cơ trong nhà.

3.4.3. Hòa nhập xã hội và giao tiếp

- Nên tìm hiểu cơ hội cho người bệnh hòa nhập xã hội tại bệnh viện với những người bệnh nội trú khác và trong cộng đồng khi họ về nhà^[GPP]
- Tại khoa nội trú, tổ chức những nhóm hoạt động chức năng có thể là một cách hữu ích để người bệnh tham gia trị liệu trong khi vừa tạo cơ hội cho họ luyện tập hòa nhập xã hội và giao tiếp
- KTV HĐTL nên lượng giá thời điểm và mức độ sẵn sàng tham gia xã hội của người bệnh trước khi đề xuất cho người bệnh trị liệu theo nhóm và tham gia xã hội

3.3.17. Vui chơi giải trí

- Có thể sử dụng những phương pháp can thiệp hoạt động trị liệu hướng đến mục tiêu cụ thể để tăng cường sự tham gia vào các hoạt động vui chơi giải trí^[A]
- KTV HĐTL có thể sử dụng các nguyên tắc phân tích và điều chỉnh hoạt động để tăng cường sự tham gia của người bệnh dựa trên mục tiêu và nguồn động lực của họ^[A]

3.3.18. Trở lại làm việc

- Có thể đưa ra lời khuyên cho người bệnh đột quỵ và gia đình của họ về việc trở lại làm việc vào thời điểm thích hợp.^{1,[C]}
- KTV HĐTL nên xem xét trạng thái chức năng và sự khỏe mạnh thể chất của người bệnh về mặt nhận thức, năng lực nhận cảm, năng lực thể chất, thay đổi về cảm giác và sức bền khi thực hiện hoạt động tương quan với những yêu cầu công việc mà người bệnh dự định làm^{1,[C]}
- Nên áp dụng phương pháp tiếp cận theo nhóm đa chuyên ngành (MDT) khi đưa ra lời khuyên về trở lại làm việc, tuy nhiên KTV HĐTL vẫn là người giữ vai trò chủ đạo.

3.3.19. Điều khiển phương tiện giao thông trở lại

- Khi đến thời điểm phù hợp, KTV HĐTL có thể đưa ra lời khuyên cho người bệnh đột quỵ và gia đình của họ về việc điều khiển phương tiện giao thông trở lại^{1,[C]}
- KTV HĐTL nên xem xét trạng thái chức năng và sự khỏe mạnh thể chất của người bệnh về mặt nhận thức, năng lực nhận cảm, năng lực thể chất, thay đổi về cảm giác, thị giác và sức bền khi thực hiện hoạt động tương quan với những yêu cầu phức tạp khi điều khiển xe máy và/hoặc xe hơi tại Việt Nam
- Theo tiêu chuẩn quốc tế, người bệnh đột quỵ không nên điều khiển xe cộ trong 2 tuần sau khi bị thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIA) và ít nhất trong 1 tháng sau khi bị đột quỵ; Đây là hướng dẫn chung và sẽ khác đối với mỗi người bệnh tùy theo tình trạng bệnh của riêng họ.

4. Xử trí biến chứng

4.1. Co cứng

4.1.1. Nhẹ đến trung bình

- Đối với người bệnh đột quy có tình trạng co cứng từ nhẹ đến trung bình (tình trạng co cứng không ảnh hưởng đến hoạt động hoặc sự chăm sóc cá nhân), thì nên áp dụng một chương trình trị liệu sớm và toàn diện để khuyến khích các kiểu cử động bình thường, hỗ trợ tầm vận động của khớp và bao gồm những hoạt động mang tính chức năng; ở mức độ này, KTV HĐTL không nên áp dụng các phương pháp can thiệp khác cho người bệnh như một thường quy^{1,2,[A]}

4.1.2. Kéo dài với mức độ trung bình đến nặng

- Đối với người bệnh có tình trạng co cứng kéo dài với mức độ từ trung bình đến nặng (ảnh hưởng đến hoạt động hoặc sự chăm sóc cá nhân) thì bác sĩ có thể đề nghị dùng *Botulinum Toxin A*. Trong trường hợp này, KTV HĐTL nên làm việc với nhóm đa chuyên ngành (MDT) để đưa ra một chương trình phục hồi chức năng toàn diện và theo chức năng để nâng cao hiệu quả của thuốc^{2,[B]}
- Tùy từng môi trường lâm sàng cụ thể và nhóm đa chuyên ngành (MDT), KTV HĐTL hoặc một thành viên khác có thể cho người bệnh đeo nẹp ban đêm và/hoặc dùng băng dán (tuy nhiên kỹ thuật viên cần được đào tạo về những phương pháp này trước khi áp dụng để tránh các chống chỉ định)^{2,[C]}

4.1.3. Các chống chỉ định có thể gặp

- Dùng băng dán không đúng cách có thể làm tăng những cử động xấu/các chiến lược bù trừ²
- Đặt nẹp ban đêm có thể làm tăng co cứng, trừ khi kỹ thuật viên áp dụng đúng cách và hướng dẫn người bệnh đeo nẹp vào lúc nào²

4.1.4. Không nên

- Không nên cho người bệnh đeo nẹp nghỉ trong thời gian dài vì chúng có thể làm tăng co cứng và là yếu tố nguy cơ gây đau và tổn thương da^{2,[A]}

4.2. Co rút

4.2.1. Chỉ định

- Đối với người bệnh có nguy cơ co rút hoặc người bệnh co rút chi trên, thì nên can thiệp sớm và cụ thể cho từng người bệnh^[B]

- Có thể sử dụng phương pháp bó bột chu kỳ khi các liệu pháp truyền thống không thành công. Tuy nhiên, KTV HDTL phải được huấn luyện cụ thể về phương pháp bó bột chu kỳ^{2,[GPP]}

4.2.2. Không nên

- Đối với người bệnh tham gia vào chương trình phục hồi chức năng toàn diện, không nên thường xuyên dùng nẹp hoặc đặt tư thế cho cơ ở vị trí kéo dài trong thời gian dài để giảm co rút^{2,[A]}
- Không nên tập các bài tập bằng ròng rọc (treo tường) để duy trì tầm vận động của vai^{2,[GPP]}

4.3. Đặt nẹp

- Không nên đặt nẹp cho những người bệnh đang được phục hồi chức năng toàn diện^{2,[C]}
- Đối với người bệnh không thể tham gia chương trình phục hồi chức năng toàn diện và có nguy cơ co rút và/hoặc mất chức năng, thì trong một số trường hợp, ta nên cân nhắc dùng nẹp cổ tay và bàn tay (Natasha A. et al, 2007)^[C]
- Chỉ những KTV HDTL/Chuyên viên dụng cụ chỉnh hình đã được huấn luyện về cách đặt nẹp cổ tay và bàn tay cho người bệnh đột quy thì mới nên là người chỉ định đeo nẹp; và sau khi đã cho người bệnh đeo nẹp thì cần ngay lập tức lên kế hoạch tái đánh giá^{2,[A]}
- Nếu cho người bệnh đeo nẹp, thì nên hướng dẫn rõ ràng cho người bệnh và gia đình cách đeo và tháo nẹp, cách bảo quản chung cho nẹp, cách bảo vệ da và đeo nẹp trong bao lâu^{2,[A]}

4.4. Bán trật (khớp vai)

Đối với người bệnh yếu cơ nặng và có nguy cơ bán trật (khớp vai), cách xử trí nên bao gồm:

- Giáo dục và huấn luyện cho người bệnh, người chăm sóc và/hoặc gia đình và đội ngũ nhân viên lâm sàng về cách tốt nhất để trợ giúp và đặt tư thế cho chi trên bên bệnh^[GPP]
- Nên cung cấp các dụng cụ nâng đỡ chắc chắn để giúp đặt tư thế tốt nhất cho chi thể và giảm bớt nguy cơ chấn thương trong khi cử động và dịch chuyển, chuyển thể^[GPP]
- Khi người bệnh đang ngồi hoặc nằm trên giường, thì nên nâng đỡ chi trên trên bàn, gối, v.v., thay vì dùng dây đai treo tay^[GPP]
- Có thể cân nhắc kích thích điện cho một số người bệnh^[B]

4.5. Đau vai/chỉ trên

- Đặt tư thế tốt và giáo dục người bệnh và gia đình/người chăm sóc của họ về cách chăm sóc cánh tay và phòng tránh chấn thương^[A]
- Trị liệu cho người bệnh bằng những phương pháp theo chức năng để nâng cao khả năng cử động của cánh tay và giảm đau

4.6. Hội chứng Đau Trung ương Sau Đột quy (Central Post Stroke Pain (CPSP) Syndrome)

Những người bệnh có hội chứng đau trung ương sau đột quy (CPSP) cảm nhận những kiểu đau khác nhau ví dụ như lửa đốt hoặc “kim châm” và cơn đau có thể lan tỏa hoặc tập trung tại một bộ phận cơ thể nhất định, ví dụ như vai hoặc chi dưới. Những người bệnh khác thì có thể cảm thấy mất cảm giác ở một vùng trên cơ thể.

KTV HDTL nên cân nhắc biểu hiện đau trung ương sau đột quy (CPSP), đặc biệt khi tiến hành can thiệp cho chi trên bên bệnh. Nên áp dụng phương pháp tiếp cận đa chuyên ngành (MDT) khi phục hồi chức năng cho người bệnh có hội chứng đau trung ương sau đột quy (CPSP)^[A].

4.7. Phù nề chi thể

- Nhóm đa chuyên ngành (MDT) nên giáo dục người bệnh và gia đình về cách đặt tư thế và cử động thụ động (và chủ động khi có thể) liên tục và đưa cao chi thể để giảm bớt phù nề^[GPP]
- Một thành viên có chuyên môn phù hợp trong đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) cũng có thể đề nghị dùng băng ép để hỗ trợ xử trí tình trạng này^[C]

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. Viện Quốc gia Vì Sự Xuất chúng trong y tế và Chăm sóc (National Institute for health and Care Excellence – NICE). (2013). *Phục hồi chức năng đột quỵ: Phục hồi chức năng dài hạn sau đột quỵ*. Trích dẫn từ:
2. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg162/evidence/full-guideline-190076509>
3. Tổ chức Quốc gia về Đột quỵ (National Stroke Foundation). (2010). *Tài liệu Hướng dẫn Lâm sàng về Cách Xử trí đột quỵ*. Trích dẫn từ: http://www.pedro.org.au/wp-content/uploads/CPG_stroke.pdf
4. WHO (2012) Gói đào tạo dịch vụ xe lăn: Tài liệu tham khảo cho người tham dự. Trích dẫn từ:
5. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78236/1/9789241503471_reference_manual_eng.pdf?ua
6. Carey, L., Macdonell, R., Thomas, M.A. (2011). SENSE: Nghiên cứu Hiệu quả Đối với Cảm giác Của Phục hồi Chức năng Thần kinh (SENSe: Study of the Effectiveness of Neurorehabilitation on Sensation), Một Thử nghiệm Ngẫu nhiên Có Nhóm chứng. *Tạp chí Phục hồi Chức năng Thần kinh và Hồi sức Thần kinh*(4),2, 304-313.
7. Hiệp hội Tim Hoa Kỳ/Hiệp hội Đột quỵ Hoa Kỳ. (2016). *Tài liệu Hướng dẫn về Phục hồi Chức năng và Hồi Phục Sau Đột quỵ Cho Người bệnh Người lớn: Một Bộ Tài liệu Hướng dẫn Cho Chuyên gia Y tế*. Trích dẫn từ: http://pmr.med.umich.edu/sites/default/files/aha-asa_stroke_rehab_clinical_practice_guidelines_2016.pdf.
8. Hurn J, Kneebone I, Cropley M. *Đặt mục tiêu như là một phương pháp đo lường kết quả: Một bài tổng quan hệ thống*. *Phục hồi Chức năng Lâm sàng* 2006;20(9):756-72.
9. Lannin NA; Cusick A; McCluskey A; Herbert RD (2007) *Tác động của phương pháp đặt nẹp đối với tình trạng co rút cổ tay sau đột quỵ*.
10. <http://stroke.ahajournals.org/content/strokeaha/38/1/111.full.pdf>
11. WHO. *Tài liệu hướng dẫn cung cấp xe lăn tay trong những trường hợp nguồn lực hạn chế*. <http://www.who.int/disabilities/publications/technology/wheelchairguidelines/en/>

Phụ lục

- Phụ lục 1: Ví dụ về lượng giá FIM
- Phụ lục 2: Ví dụ về chỉ số Barthel
- Phụ lục 3: FAST (Mặt, Cánh tay, Lời nói, và Thời gian)
- Phụ lục 4: Thang Đánh giá Nhận thức Montreal (MoCA)
- Phụ lục 5: Bài Kiểm tra Nhận thức Của Addenbrooke (ACE-III)
- Phụ lục 6: Bài kiểm tra loại trừ ngôi sao
- Phụ lục 7: Bài kiểm tra vẽ đồng hồ
- Phụ lục 8: Thang Ashworth Cải biên
- Phụ lục 9: Bài kiểm tra chín lỗ
- Phụ lục 10: Thang Braden
- Phụ lục 11: Biểu đồ chi tiết về những cách đặt tư thế tốt nhất cho người bệnh đột quỵ trên giường
- Phụ lục 12: Thang điểm Đạt Mục tiêu (GAS)