

BỘ Y TẾ

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

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày / /2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

(Hướng dẫn về Ngôn ngữ trị liệu)

Hà Nội, năm 2020

*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 mục chữ viết tắt.....	1
1. Giới thiệu	3
1.1. Sự cần thiết phải có tài liệu hướng dẫn.....	3
1.2. Đối tượng sử dụng tài liệu hướng dẫn	4
1.3. Mục tiêu của tài liệu hướng dẫn.....	4
1.4. Lưu ý.....	4
1.5. Mức độ bằng chứng	5
1.6. Dịch tễ học về đột quy	5
1.7. Phòng ngừa đột quy nguyên phát và thứ phát.....	6
1.8. Hồi phục sau đột quy	6
1.9. Ngôn ngữ trị liệu là gì?	7
2. Các nguyên tắc phục hồi chức năng.....	9
2.1. Giới thiệu	9
2.2. Quy trình phục hồi chức năng.....	9
2.3. Phân loại Quốc tế về Hoạt động chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF)	10
2.4. Thực hành lấy người bệnh làm trung tâm và lấy gia đình làm trung tâm	11
2.5. Phương pháp tiếp cận đa chuyên ngành.....	13
2.6. Cường độ và thời lượng phục hồi chức năng ngôn ngữ trị liệu	14
2.7. Báo cáo.....	15
3. Quy trình Phục hồi Chức năng.....	16
3.1. Sàng lọc ngôn ngữ trị liệu	16
3.2. Lượng giá ngôn ngữ trị liệu	17
3.3. Đặt mục tiêu, lập kế hoạch trị liệu và đo lường kết quả	21
3.4. Can thiệp ngôn ngữ trị liệu	22
3.5. Xuất viện và theo dõi	29
3.6. Phát triển chuyên môn và nghiên cứu	29
Tài liệu tham khảo	32
Phụ lục.....	34

Danh mục chữ viết tắt

AAC	Alternative and Augmentative Communication Giao tiếp tăng cường và thay thế
AMS	Department of Administration of Medical Services Cục quản lý khám chữa bệnh
ASHA	American Speech-Language-Hearing Association Hiệp hội Lời nói-Ngôn ngữ-Thính lực Hoa Kỳ
CVA	Cerebrovascular accident Tai biến mạch máu não
FIM+FAM	Functional Independence and Assessment Measure Đo lường Độc lập Chức năng và Đo lường Đánh giá Chức năng
GAS	Goal Attainment Scale Thang điểm đánh giá thiết lập Mục tiêu
ICF	International Classification of Functioning Disability and Health Phân loại Quốc tế về Hoạt động chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe
IDDSI	International Dysphagia Diet Standardisation Initiative Sáng kiến Chuẩn hóa Chế độ ăn Rối loạn Nuốt Quốc tế
LSVT	Lee Silverman Voice Treatment Điều trị Giọng nói Lee Silverman
MDT	Multidisciplinary Team Nhóm đa chuyên ngành
MoH	Ministry of Health Bộ Y tế
NGT	Nasogastric Tube Ống mũi – dạ dày
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence Viện Quốc gia về Nâng cao Sức khỏe và Chăm sóc
OT	Occupational Therapist/Occupational Therapy Kỹ thuật viên Hoạt động trị liệu/Hoạt động trị liệu
PEG	Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Mở dạ dày ra da qua nội soi
PT	Physiotherapist/Physiotherapy Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu/Vật lý trị liệu
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network Mạng lưới Các hướng dẫn các Trường Đại học Xcôt-len
SLT	Speech and Language Therapist/Speech and Language Therapy Kỹ thuật viên Ngôn ngữ trị liệu/Ngôn ngữ trị liệu
SPA	Speech Pathology Australia Hiệp hội Ngôn ngữ trị liệu Úc
TIA	Transient ischemic attack Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua

USAID United States Agency for International Development
Cơ quan Phát triển Quốc tế Hoa Kỳ

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 "Cải thiện và 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 để người khuyết tật được hòa nhập về mọi mặt và tham gia bình đẳng vào các hoạt động trong xã hội, đóng góp hiệu quả vào sự phát triển của cộng đồng nơi họ sinh sống" (Bộ Y tế, 2014).

Do đó, cần phải có hướng dẫn nhằm hiện thực hoá mong muốn cải thiện các dịch vụ phục hồi chức năng. 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. Bộ tài liệu này gồm có 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.

Tài liệu hướng dẫn về Ngôn ngữ trị liệu cho người bệnh đột quy này (được gọi tắt là Hướng dẫn) đưa ra những khuyến nghị và chỉ dẫn về hình thức cung cấp dịch vụ ngôn ngữ trị liệu (NNTL) cũng như các khuyến nghị xuyên suốt liên quan đến yêu cầu tổ chức hệ thống, chăm sóc đa chuyên ngành và toàn diện, chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, lộ trình chăm sóc và giới thiệu chuyển tuyến, sự hỗ trợ và tham gia của gia đình người bệnh, và xuất viện và theo dõi sau khi xuất viện. Hướng dẫn này nhằm mục đích bổ sung thêm cho tài liệu Hướng dẫn Chung về chẩn đoán, điều trị phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy, được biên soạn gần đây tại Việt Nam.

Một nhóm gồm nhiều chuyên gia trong nước và quốc tế đã tham gia xây dựng các Hướng dẫn Chung và Chuyên ngành cập nhật cho đột quy. Một nhóm chuyên gia trong nước cũng đã đóng góp thời gian và kiến thức để hỗ trợ quá trình xây dựng Hướng dẫn nhằm đảm bảo nội dung phù hợp với bối cảnh và văn hóa Việt Nam. Nhóm này được gọi là Nhóm xây dựng hướng dẫn trong tài liệu này.

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

Tài liệu hướng dẫn này chủ yếu là một nguồn công cụ và tư liệu thiết thực cho kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu trong phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy.

Hướng dẫn sẽ hữu ích cho bất kỳ chuyên gia nào có quan tâm đến PHCN đột quy bao gồm các bác sĩ thần kinh, bác sĩ PHCN, điều dưỡng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, kỹ thuật viên hoạt động trị liệu, kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu, kỹ thuật viên dinh dưỡng, kỹ thuật viên chỉnh hình, dược sĩ, nhà tâm lý học, các kỹ thuật viên về sức khỏe cộng đồng, nhân viên xã hội, nhân viên cộng đồng, người bệnh đột quy, gia đình và người chăm sóc.

1.3. Mục tiêu của tài liệu hướng dẫn

Hướng dẫn này có ý nghĩa như là một hướng dẫn nguồn về điều trị PHCN ngôn ngữ trị liệu cho những người bệnh đột quy ở Việt Nam. Hướng dẫn này không mang tính chỉ định. Hướng dẫn này đưa ra các ý tưởng khác nhau về cách xử lý, nhưng tùy thuộc vào hoàn cảnh mỗi địa phương, không buộc phải thực hiện tất cả các hoạt động. Trong một số trường hợp, các hoạt động cần được điều chỉnh sao cho phù hợp với hoàn cảnh ở địa phương.

Hướng dẫn này 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 việc cần phải thực hiện để tạo điều kiện thuận lợi cho PHCN đột quy có được kết quả tốt. Hướng dẫn này cũng giúp mọi người nhận thức rõ hơn về vai trò và chức năng của những người có liên quan đến PHCN đột quy, đặc biệt là ngôn ngữ trị liệu. Tài liệu cũng có thể được viết lại đơn giản hơn để phù hợp với đội ngũ nhân viên y tế cơ sở, cho người bệnh đột quy và gia đình của họ.

Cuối cùng, hướng dẫn có thể giúp thu hẹp khoảng cách giữa các dịch vụ 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 giúp làm rõ những thiếu hụt và nhu cầu về nguồn nhân lực các chuyên ngành cụ thể (như là các KTV hoạt động trị liệu và các KTV ngôn ngữ trị liệu chính qui) 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 cả dự phòng thứ cấp, cho đột quy ở Việt Nam.

1.4. Lưu ý

Hướng dẫn này không có ý định đóng vai trò như là một tiêu chuẩn chăm sóc y tế. Các tiêu chuẩn chăm sóc được xác định dựa trên cơ sở tất cả các dữ liệu lâm sàng thu thập được cho từng trường hợp cụ thể và có thể thay đổi khi có sự tiến bộ về kiến thức khoa học, công nghệ và các mô hình chăm sóc phát triển. Việc tuân thủ theo hướng dẫn sẽ không đảm bảo kết quả thành công trong mọi trường hợp. Chọn lựa cuối cùng về một thủ thuật lâm sàng hoặc kế hoạch điều trị cụ thể cần phải dựa trên các đặc điểm lâm sàng của người bệnh cũng như các phương pháp chẩn đoán và điều trị sẵn có. Tuy nhiên, trong trường hợp có những quyết định khác hẳn hướng dẫn này, nên ghi chép đầy đủ trong hồ sơ bệnh án khi đưa ra quyết định có liên quan.

1.5. Mức độ bằng chứng

Những khuyến cáo sau đây đã được nhóm xây dựng hướng dẫn nhân mạnh là các khuyến cáo quan trọng về lâm sàng cần được ưu tiên thực hiện ở Việt Nam. Nhiều khuyến nghị được đưa ra trong Hướng dẫn phù hợp với những tiêu chuẩn được quốc tế công nhận và giống với những khuyến cáo đã được đưa ra trong nhiều hướng dẫn quốc tế khác nhau về đột quy.

Mức độ khuyến cáo liên quan đến độ mạnh của chứng cứ hỗ trợ cho khuyến cáo đó. Nó không phản ánh tầm quan trọng lâm sàng của khuyến cáo. Hệ thống định mức này cũng tương tự như phương pháp được sử dụng trong Các Hướng dẫn Lâm sàng Xử lý Đột quy của Úc 2010 và 2017.

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 cân 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

(Stroke Foundation, 2010)

1.6. Dịch tễ học về đột quy

Đột quy là một bệnh lý tim mạch và được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) định nghĩa là một hội chứng lâm sàng bao gồm "các dấu hiệu rối loạn chức năng của não (khu trú hoặc toàn thể) phát triển nhanh, kéo dài từ 24 giờ trở lên hoặc dẫn đến tử vong, mà không xác định nguyên nhân nào khác ngoài căn nguyên mạch máu" (Hatano, 1976). 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 là 112.600 năm 2012.

Đột quy là nguyên nhân gây ra khuyết tật phức tạp thường gặp nhất ở người lớn trên thế giới (Adamson, Beswick, & Ebrahim, 2004). Khoảng 30-50% người bệnh đột quy không thể có lại được khả năng độc lập về chức năng và 15-30% trong tổng số người bệnh đột quy bị khiếm khuyết vĩnh viễn (Jabbour, 2013).

Sự hồi phục sau đột quy phụ thuộc vào can thiệp y học, hồi phục tự nhiên, PHCN và các dịch vụ xã hội. Bởi vì quá trình phục hồi của mỗi người bệnh là khác nhau, tất cả người bệnh cần được chăm sóc phục hồi phức tạp và theo từng trường hợp. Một số người bệnh đột quy hồi phục tự phát một phần, nhưng phần lớn người bệnh đột quy cần được PHCN để hồi phục chức năng.

Đột quy có thể khởi phát đột ngột với bất kỳ dấu hiệu 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 chỉ đơn giản là hậu quả của

sự lão hóa, luôn dẫn đến tử vong hoặc khuyết tật trầm trọng (National Clinical Guidelines Centre, 2008).

1.7. Phòng ngừa đột quỵ nguyên phát và thứ phát

Các chứng cứ đang được thu thập để có những chiến lược phòng ngừa nguyên phát và thứ phát hiệu quả hơn, nhận diện tốt hơn những người có nguy cơ cao nhất, và các can thiệp có hiệu quả ngay sau khi bắt đầu các triệu chứng. Ngày càng có nhiều bằng chứng về các quá trình chăm sóc góp phần tạo ra một kết quả tốt hơn, và hiện nay có nhiều chứng cứ ủng hộ các quá trình can thiệp và chăm sóc trong PHCN đột quỵ. (National Clinical Guidelines Centre, 2008).

Một người bệnh bị đột quỵ có nguy cơ tích lũy đột quỵ thứ phát là 43% trong 10 năm với tỷ lệ hàng năm là 4% (Hardie, Hankey, Jamrozik, Broadhurst, & Anderson, 2004). Tỷ lệ đột quỵ sau khi bị cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIA) cao hơn đáng kể (lên đến 10% sau 3 tháng) do đó phòng ngừa thứ cấp đột quỵ và TIA là cần thiết (Stroke Foundation, 2010).

Các triệu chứng của TIA, cũng giống với các triệu chứng khởi phát sớm của đột quỵ, thường hồi phục trong vòng vài phút hoặc tối đa trong vòng 24 giờ, và bất cứ người nào tiếp tục có các dấu hiệu thần kinh khi được lượng giá lần đầu đều phải là xem là bị đột quỵ. Nếu một TIA đã xảy ra thì vẫn cần phải được một bác sĩ lượng giá để làm rõ chẩn đoán. Có thể sử dụng công cụ ABCD² (Rothwell, Giles, Flossmann, Redgrave, Warlow, & Mehta, 2005) ở giai đoạn này như là một chỉ báo tiên lượng về khả năng xảy ra đột quỵ. Sau đó bác sĩ điều trị có thể đưa ra các khuyến cáo thay đổi lối sống (như tập thể dục, ngừng hút thuốc, vv) cho người bệnh để giảm nguy cơ đột quỵ tiếp theo. Người bệnh cần được cung cấp thông tin về nguy cơ tái phát đột quỵ, các dấu hiệu và triệu chứng khởi phát và những hành động mà họ cần thực hiện nếu nghi ngờ đột quỵ.

Phòng ngừa thứ cấp là cần thiết để giảm gánh nặng của đột quỵ. Thay đổi lối sống có thể là cách tốt nhất để giảm sự xuất hiện đột quỵ lần đầu và thứ phát. Các biện pháp này bao gồm ngừng hút thuốc, chế độ ăn uống (giảm lượng muối natri, tăng lượng hoa quả, tăng cường dầu cá, ít chất béo), giảm tiêu thụ rượu bia, giảm béo phì, khuyến khích hoạt động thể dục, tuân thủ điều trị bằng thuốc. (Stroke Foundation, 2010).

1.8. Hồi phục sau đột quỵ

Sự hồi phục sau đột quỵ không phải là một đường thẳng, mà theo một đường cong, và hầu hết hồi phục xảy ra trong những ngày tháng đầu tiên. Quá trình hồi phục bao gồm bốn giai đoạn, đan xen lẫn nhau và không được phân chia một cách rõ ràng:

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

(Royal Dutch Society for Physical Therapy, 2014)

1.9. Ngôn ngữ trị liệu là gì?

1.9.1. Định nghĩa

Ngôn ngữ trị liệu là một chuyên ngành sức khỏe lấy người bệnh làm trung tâm với mục tiêu nâng cao sức khỏe và hạnh phúc thông qua việc hỗ trợ cải thiện chức năng giao tiếp và nuốt. Kỹ thuật viên NNTL tìm hiểu, chẩn đoán và điều trị rối loạn giao tiếp, bao gồm khó khăn nghe, nói, hiểu ngôn ngữ, đọc, viết, kỹ năng xã hội, tính lưu loát và khả năng sử dụng giọng nói (Stroke Foundation, 2017). Kỹ thuật viên NNTL cũng làm việc với những người gặp khó khăn nuốt thức ăn và thức uống an toàn (Stroke Foundation, 2017).

Mục tiêu chủ yếu của kỹ thuật viên NNTL là giúp cho người bệnh có thể tham gia một cách có ý nghĩa vào những hoạt động sinh hoạt hàng ngày liên quan đến giao tiếp, ăn uống và nuốt. Kỹ thuật viên NNTL đạt được điều này bằng cách làm việc với người bệnh và cộng đồng để tăng cường chức năng giao tiếp và hỗ trợ và nâng cao ý thức của người dân về tầm quan trọng của giao tiếp.

1.9.2. Vai trò của kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu

Tại thời điểm biên soạn Hướng dẫn, NNTL chưa được công nhận là một chuyên ngành chính thức tại Việt Nam. Việt Nam chưa có chương trình đào tạo NNTL chính quy. Những người làm việc trên danh nghĩa kỹ thuật viên NNTL có trình độ chuyên môn về NNTL khác nhau. Những kỹ thuật viên này thường cung cấp thêm dịch vụ NNTL ngoài chuyên ngành chính của họ như là bác sĩ hoặc kỹ thuật viên VLTL.

Kỹ thuật viên NNTL là một phần không thể thiếu trong nhóm chăm sóc đột quỵ (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2010). Kỹ thuật viên NNTL nên tham gia điều trị ở tất cả giai đoạn của quá trình hồi phục sau đột quỵ^[D] (SIGN, 2010). Kỹ thuật viên NNTL làm việc với người bệnh đột quỵ để lượng giá và xử trí những rối loạn giao tiếp và nuốt.

Kỹ thuật viên NNTL giúp tối ưu hóa sự tham gia và mức độ độc lập của người bệnh đột quỵ trong tất cả hoạt động giao tiếp và nuốt bằng cách can thiệp trực tiếp giúp người bệnh khôi phục chức năng (bao gồm chức năng lời nói, ngôn ngữ và nuốt), hoặc huấn luyện những đối tác/cộng sự giao tiếp của người bệnh hoặc điều chỉnh môi trường giao tiếp. Kỹ thuật viên NNTL làm việc trong bối cảnh cấp tính cũng như phục hồi chức năng và tiến hành trị liệu dựa trên sự lượng giá các vấn đề riêng biệt của từng người bệnh.

Khi không có kỹ thuật viên NNTL, những thành viên còn lại trong nhóm đa chuyên ngành nên cùng nhau đảm đương những yếu tố chủ đạo của NNTL được nêu ở trên, với sự hỗ trợ của một kỹ thuật viên NNTL ở cơ sở y tế khác, nếu có thể.

Bảng 1: Vai trò của kỹ thuật viên Ngôn ngữ trị liệu

Lượng giá	Can thiệp
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cung cấp dịch vụ chẩn đoán những rối loạn về giao tiếp và nuốt ▪ Lượng giá một cách chi tiết với cả hai phương pháp tiếp cận lượng giá chính thức và không chính thức để xác định điểm mạnh và điểm yếu, đột quy tác động như thế nào đến cá nhân người bệnh và gia đình của họ và trạng thái tâm lý-xã hội và sự khỏe mạnh nói chung của họ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Xác định và xây dựng một chương trình chăm sóc ngôn ngữ trị liệu phù hợp với cá nhân người bệnh. Chương trình này có thể bao gồm: <ul style="list-style-type: none"> ○ phục hồi chức năng cho một số vấn đề cụ thể ○ dạy các chiến lược bù trừ ○ hỗ trợ người bệnh đạt được những mục tiêu cá nhân ngắn hạn và dài hạn ○ hỗ trợ người bệnh và gia đình trong lúc họ thích nghi với tình trạng bệnh ▪ Tạo điều kiện thuận lợi để tiếp cận thông tin về: <ul style="list-style-type: none"> ○ các chiến lược ứng phó ○ những phương pháp trị liệu hiện có ○ các nhóm hỗ trợ ▪ Cung cấp thông tin cho người bệnh, người chăm sóc và nhân viên y tế về khiếm khuyết, khả năng và phương pháp xử trí rối loạn giao tiếp và nuốt ▪ Tạo điều kiện thuận lợi để giới thiệu người bệnh đến gặp những chuyên gia khác để được hỗ trợ <p style="text-align: right;">(SIGN, 2010)</p>

D

Kỹ thuật viên Ngôn ngữ trị liệu là một thành viên không thể thiếu trong nhóm chăm sóc đột quy và nên tham gia điều trị ở tất cả giai đoạn của quá trình hồi phục sau đột quy (SIGN, 2010).

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 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 (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 nhằm 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 để chỉnh sửa các biến dạng và các loại khiếm khuyết khác.

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 bệnh nhân
- Đánh giá hiệu quả của can thiệp
- Báo cáo

2.2. Quy trình phục hồi chức năng

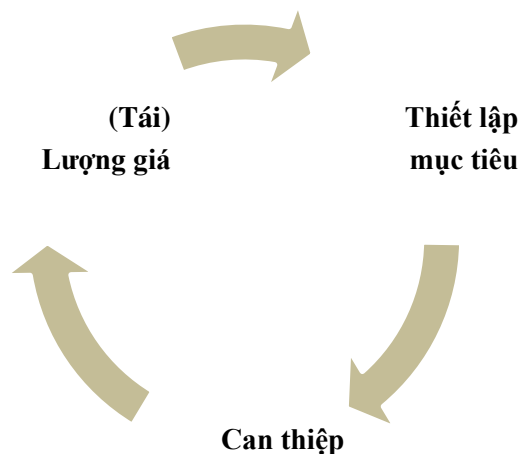
Tiếp cận phục hồi chức năng truyền thống đi theo một quy trình. Tình trạng khuyết tật trước đây, những bệnh lý kèm theo và biến chứng của đột quỵ có thể làm gián đoạn quy trình phục hồi chức năng trong bất kỳ giai đoạn nào (SIGN, 2010). Quy trình phục hồi chức năng bắt đầu bằng việc lượng giá để có thông tin hướng dẫn quá trình đặt mục tiêu. Sau đó lập kế hoạch can thiệp phù hợp với những mục tiêu đã được thống nhất và tái lượng giá theo định kỳ. Tái lượng giá nhằm đo lường mức độ hiệu quả của phương pháp can thiệp và có thể cung cấp thông tin giúp đặt thêm mục tiêu và bắt đầu lại quy trình, hoặc có thể cho thấy đã thích hợp cho người bệnh xuất viện.

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 thông qua việc tham vấn với người bệnh đột quy, gia đình/người chăm sóc của họ và nhóm đa chuyên ngành.

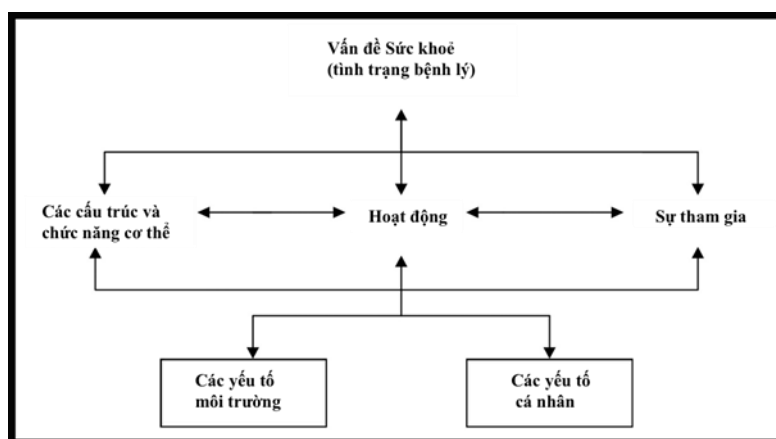
2.2.3. Can thiệp

- 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.

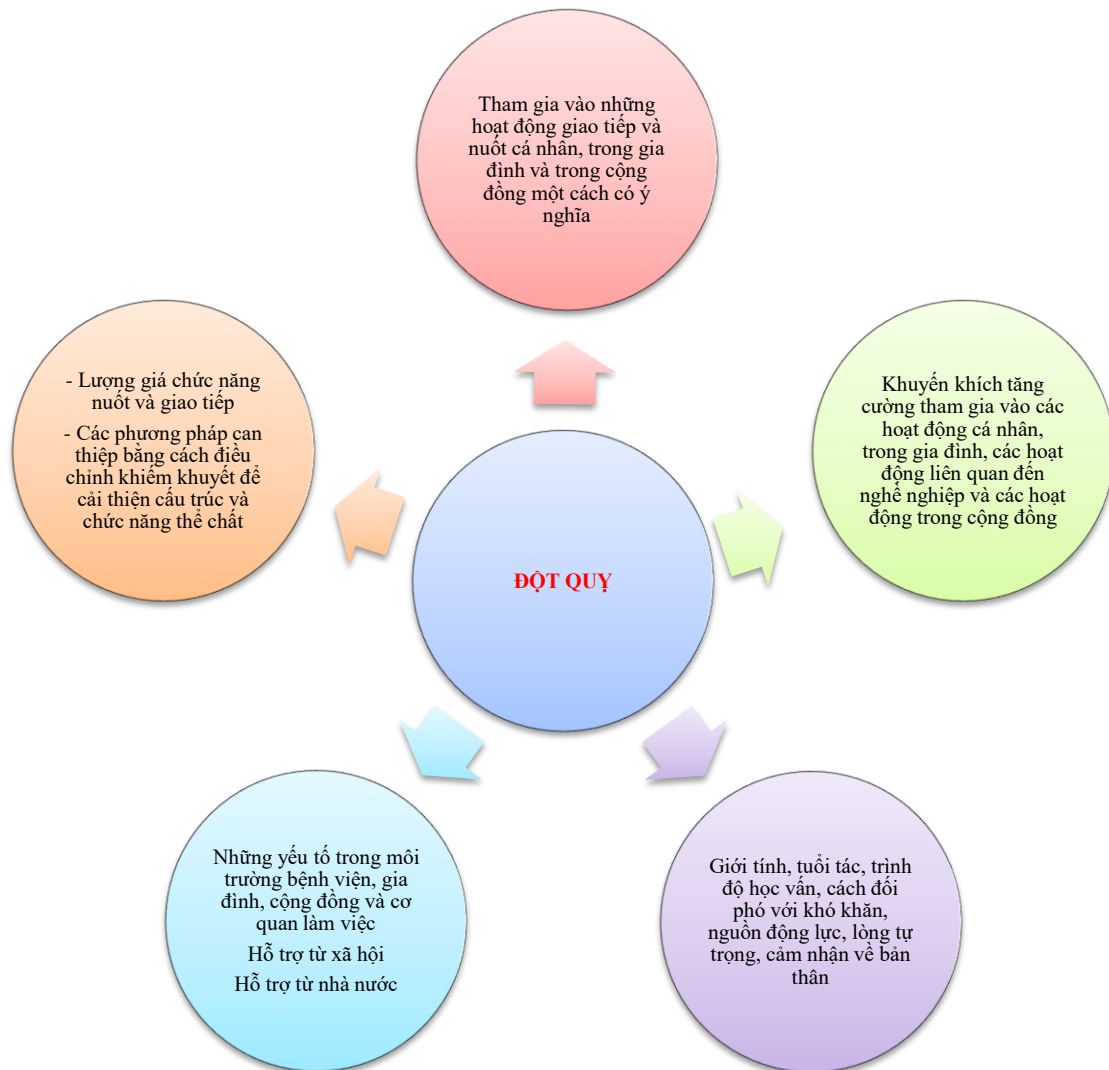
2.3. Phân loại Quốc tế về Hoạt động chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF)



(WHO, 2001)

Có thể sử dụng mô hình Phân loại Quốc tế về Hoạt động chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) của WHO (WHO, 2001) như là một khuôn khổ để cân nhắc tác động của đột quy đối với người bệnh. ICF khái niệm hoá mức độ hoạt động chức năng của một cá nhân là một sự tương tác động giữa tình trạng sức khỏe 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 (WHO, 2001).

Sơ đồ đã được điều chỉnh của mô hình Phân loại quốc tế về Hoạt động Chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe (ICF) của WHO cho thấy việc áp dụng các nguyên tắc phục hồi chức năng NNTL trong chăm sóc đột quy:



2.4. Thực hành lấy người bệnh làm trung tâm và lấy 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, Kneebone, & Cropley, 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 ngôn ngữ trị liệu 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. Tất cả người bệnh đột quỵ và gia đình/người chăm sóc của họ đều nên được cung cấp thông tin đáp ứng đúng nhu cầu của họ và thông tin nên được trình bày theo hình thức ngôn ngữ và giao tiếp phù hợp ^[A] (Stroke Foundation, 2010). Kỹ thuật viên NNTL đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo tất cả thông tin cung cấp cho người bệnh đột quỵ có khiếm khuyết giao tiếp và gia đình/người chăm sóc của họ đều được trình bày sao cho họ có thể hiểu được.

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 đột quỵ, 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 đột quỵ 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 đột quỵ. Năng lực là khả năng thể chất, tinh thần và tình cảm cần thiết để hỗ trợ người bệnh đột quỵ, 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 đột quỵ.

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 chuyển tiếp
- Có khả năng tiếp cận sự chăm sóc, điều trị.

Nhóm xây dựng hướng dẫn nhấn mạnh vai trò then chốt của gia đình trong chăm sóc đột quỵ tại Việt Nam. Gia đình có tầm ảnh hưởng rất lớn trong tất cả các khía cạnh chăm sóc người bệnh ở tất cả các giai đoạn phục hồi chức năng và gia đình nên được hỗ trợ chặt chẽ trong quy trình phục hồi chức năng để gia tăng tối đa kết quả lâm sàng.

GPP Dịch vụ phục hồi chức năng cho đột quỵ nên áp dụng triết lý thực hành lấy người

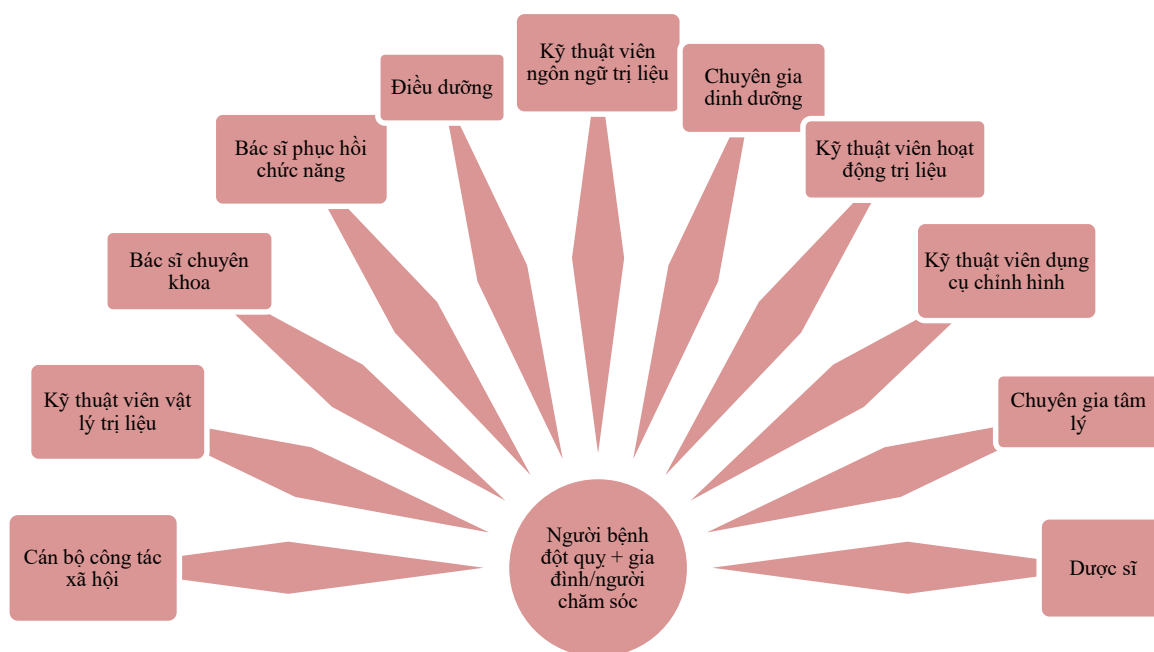
bệnh làm trung tâm và lấy gia đình làm trung tâm.

2.5. Phương pháp tiếp cận đa chuyên ngành

Bằng chứng cho thấy rằng khi người bệnh đột quy được một đội ngũ đa chuyên ngành có chuyên môn về đột quy điều trị, và đội ngũ này làm việc với nhau tại một địa điểm chung (đơn vị đột quy), 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. (Royal Dutch Society for Physical Therapy, 2014) ^[A]

Đội ngũ này bao gồm:

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



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] (Royal Dutch Society for Physical Therapy, 2014). Thành viên trong nhóm đa chuyên ngành cốt lõi về đột quy 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 (FIM + FAM) (Turner – Stokes, 2012) để đảm bảo người bệnh được chăm sóc, điều trị hướng đến mục tiêu và có thể đo lường được

A

Người bệnh đột quỵ nên được điều trị bởi một nhóm đa chuyên ngành có chuyên môn về đột quỵ và nhóm này làm việc tại một địa điểm chung (đơn vị đột quỵ) (Royal Dutch Society for Physical Therapy, 2014).

A

Khi cần thiết, nhóm đa chuyên ngành nên cùng nhau lượng giá và can thiệp để nâng cao kết quả phục hồi chức năng (Royal Dutch Society for Physical Therapy, 2014).

GPP

Nhóm đa chuyên ngành nên sử dụng các công cụ lượng giá được chuẩn hóa để đảm bảo sự chăm sóc được tiến hành dựa trên mục tiêu và có thể đo lường được.

2.6. Cường độ và thời lượng phục hồi chức năng ngôn ngữ 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] (NICE, 2013). Bác sĩ nên hướng dẫn kỹ thuật viên ngôn ngữ 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 hệ thống quy trình phục hồi chức năng để người bệnh có thể luyện tập càng nhiều càng tốt trong sáu tháng đầu sau đột quỵ^[A] (Stroke Foundation, 2017). Đối với những người bệnh có khả năng tham gia, và có thể đạt được mục tiêu chức năng, người bệnh có tình trạng khó nuốt và/hoặc khó khăn giao tiếp, thì nên cho họ tham gia trị liệu càng nhiều càng tốt trong mức độ chịu đựng của họ^[C] (Stroke Foundation, 2010) và khuyến khích họ tiếp tục luyện tập những kỹ năng mà họ học được trong các buổi trị liệu và áp dụng kỹ năng trong suốt thời gian còn lại của ngày^[GPP] (Stroke Foundation, 2010). Ngoài ra, đối với những người bệnh vẫn còn khiếm khuyết giao tiếp và/hoặc nuốt và cần được phục hồi chức năng thêm, thì nên cho họ tham gia trị liệu để đạt mục tiêu mới và cải thiện khả năng hoạt động hướng đến tác vụ^[B] (Stroke Foundation, 2010).

A

Nên hệ thống quy trình phục hồi chức năng để người bệnh có thể luyện tập càng nhiều càng tốt trong sáu tháng đầu sau đột quỵ (Stroke Foundation, 2017).

B

Quy trình phục hồi chức năng nên bắt đầu càng sớm càng tốt sau đột quỵ (National Clinical Guidelines Centre, 2013).

B

Đối với những người bệnh vẫn còn khiếm khuyết giao tiếp và/hoặc nuốt và cần được phục hồi chức năng thêm, thì nên cho họ tham gia trị liệu để đạt mục tiêu mới và cải thiện khả năng hoạt động hướng đến tác vụ (Stroke Foundation, 2010).

C

Đối với những người bệnh đang được tích cực phục hồi chức năng, nên cho họ tham gia trị liệu tình trạng khó nuốt hoặc khó khăn giao tiếp càng nhiều càng tốt trong mức độ chịu đựng của họ (Stroke Foundation, 2010).

GPP

Với sự hỗ trợ từ phía gia đình và/hoặc bạn bè, nếu có thể, thì nhân viên y tế nên khuyến khích người bệnh tiếp tục luyện tập những kỹ năng mà họ học được trong các buổi trị liệu và áp dụng kỹ năng trong suốt thời gian còn lại của ngày (Stroke Foundation, 2010).

2.7. Báo cáo

Kỹ thuật viên NNNTL 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.

Nhóm xây dựng hướng dẫn đồng ý nên xây dựng khuôn khổ báo cáo và ghi chép hồ sơ để gia tăng tối đa sự thống nhất trong nhóm đa chuyên ngành và hỗ trợ nhóm chăm sóc người bệnh và giao tiếp với nhau hiệu quả.

GPP

Kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu nên ghi nhận tất cả thông tin về lượng giá và can thiệp đã thực hiện cho từng người bệnh vào một hồ sơ bệnh án chung mà toàn bộ nhóm đa chuyên ngành cùng sử dụng.

3. Quy trình Phục hồi Chức năng

3.1. Sàng lọc ngôn ngữ trị liệu

Mục đích của quy trình sàng lọc là nhằm xác định những người nên được giới thiệu đến gặp kỹ thuật viên NNTL để được lượng giá lâm sàng đầy đủ. Những công cụ kiểm tra sàng lọc căn cứ trên các nguy cơ đã được xác định và nên được thực hiện bởi nhân viên y tế đã được đào tạo về quy trình này. Kiểm tra sàng lọc không có tác dụng chẩn đoán. Kiểm tra sàng lọc cho ra kết quả ‘ngghi ngờ có nguy cơ’ hoặc ‘không nghi ngờ có nguy cơ’ để xác định có cần giới thiệu người bệnh thực hiện lượng giá chính thức hay không.

Nhóm xây dựng hướng dẫn ủng hộ việc sử dụng các công cụ kiểm tra sàng lọc về nuốt và giao tiếp ở người bệnh đột quy.

3.1.1. Sàng lọc khó nuốt

Khó nuốt là một thuật ngữ y khoa có nghĩa là khó khăn về nuốt, hoặc không có khả năng nuốt. Khó nuốt có thể có biểu hiện khó khăn hút, mút, nuốt, uống, nhai, ăn, kiểm soát nước bọt, uống thuốc, hoặc bảo vệ đường thở (Speech Pathology Association of Australia Limited, 2012). Khó nuốt là một tình trạng thường gặp sau đột quy; đến 67% người bệnh đột quy gặp phải tình trạng khó nuốt và nó đi kèm với sự gia tăng tỷ lệ nhiễm trùng hô hấp, viêm phổi hít, mất nước và suy dinh dưỡng (National Clinical Guidelines Centre, 2013). Khi người bệnh gặp phải tình trạng khó nuốt thì điều này cũng đi kèm với sự gia tăng đáng kể nguy cơ tử vong và khuyết tật và thời gian nằm viện lâu hơn (National Clinical Guidelines Centre, 2013).

Y văn cho thấy rằng các chương trình xử trí khó nuốt kết hợp với phát hiện sớm những khó khăn về nuốt thông qua sàng lọc hoặc lượng giá và điều chỉnh việc ăn uống qua đường miệng giúp giảm bớt nguy cơ viêm phổi trong giai đoạn đột quy cấp tính (National Clinical Guidelines Centre, 2013). Một phương pháp thực hành thường được chấp nhận là tất cả người bệnh đột quy đều nên được sàng lọc để phát hiện khiếm khuyết về nuốt trước khi họ được phép ăn, uống hoặc dùng thuốc qua đường miệng^[B], và người thực hiện quy trình sàng lọc là nhân viên y tế đã được đào tạo chuyên sâu, và họ sử dụng công cụ đã được công nhận tính giá trị để sàng lọc trong vòng 24 giờ đầu tiên sau khi người bệnh nhập viện^[GPP] (Stroke Foundation, 2010). Những công cụ sàng lọc được lựa chọn thực hiện trong quy trình sàng lọc khó nuốt nên bao gồm phương pháp kiểm tra uống nước^[B] (SIGN, 2010). Ngoài ra, phản xạ nôn không đáng tin cậy và không có tính nhạy khi được dùng làm yếu tố tiên lượng độc lập về khó nuốt và vì vậy, không nên sử dụng phản xạ nôn như là một công cụ sàng lọc^[B] (National Clinical Guidelines Centre, 2013).

Nhóm xây dựng hướng dẫn đề nghị nên xây dựng và thực hiện những công cụ và quy trình sàng lọc khó nuốt tại các cơ sở y tế tại Việt Nam. Nhóm đề nghị những điều dưỡng đã được đào tạo chuyên sâu là người đảm nhận nhiệm vụ sàng lọc nuốt, với sự hướng dẫn của kỹ thuật viên NNTL và mục tiêu là xác định những người bệnh có nguy cơ và giới thiệu họ đến gặp kỹ thuật viên NNTL để được lượng giá nuốt chính thức. Phác đồ sàng lọc khó nuốt nên bao gồm một lộ trình hành động rõ ràng cho tất cả những kết quả có thể xảy ra (ví dụ như mời hội chẩn tại khoa, không được ăn uống qua đường miệng, được phép bắt đầu chế độ ăn uống qua đường miệng)^[GPP] (SIGN, 2010).

GPP

Tất cả người bệnh đột quy đều nên được sàng lọc để phát hiện khiếm khuyết về nuốt trước khi họ được phép ăn, uống hoặc dùng thuốc qua đường miệng, và người thực hiện quy trình sàng lọc là nhân viên y tế đã được đào tạo chuyên sâu, và họ sử dụng công cụ đã được công nhận tính giá trị để sàng lọc trong vòng 24 giờ đầu tiên sau khi người bệnh nhập viện (Stroke Foundation, 2010).

B

Tất cả người bệnh đột quy đều nên được sàng lọc để phát hiện khiếm khuyết về nuốt trước khi họ được phép ăn, uống hoặc uống thuốc qua đường miệng (Stroke Foundation, 2010).

B

Nên sử dụng phương pháp kiểm tra uống nước trong quy trình sàng lọc nguy cơ hít sặc ở người bệnh đột quy (SIGN, 2010).

GPP

Phác đồ sàng lọc khó nuốt nên bao gồm một lộ trình hành động rõ ràng cho tất cả những kết quả có thể xảy ra (ví dụ như mời hội chẩn tại khoa, không được ăn uống qua đường miệng, được phép bắt đầu chế độ ăn uống qua đường miệng) (SIGN, 2010).

B

Phản xạ nôn không có tính giá trị trong sàng lọc khó nuốt và **KHÔNG** nên sử dụng phản xạ nôn như là một công cụ sàng lọc (Stroke Foundation, 2010).

3.1.2. Sàng lọc giao tiếp

Sàng lọc giao tiếp ở người bệnh đột quy là một việc quan trọng vì nhiều người bệnh có thể dùng những gợi ý không lời và gợi ý bối cảnh và có biểu hiện giao tiếp tốt trong các cuộc hội thoại chung, nhưng họ vẫn có khiếm khuyết (Stroke Foundation, 2017). Khiếm khuyết giao tiếp sau đột quy là một vấn đề phức tạp, biểu hiện theo nhiều mức độ từ rất nhẹ đến rất nặng và có thể ảnh hưởng đến những phương thức ngôn ngữ khác nhau theo những mức độ khác nhau (Stroke Foundation, 2017). Tất cả người bệnh đột quy đều nên được sàng lọc để phát hiện khiếm khuyết giao tiếp bằng cách sử dụng một công cụ sàng lọc đã được công nhận tính giá trị và độ tin cậy^[C] (Stroke Foundation, 2010).

Hiện nay chưa có công cụ sàng lọc giao tiếp chính thức bằng tiếng Việt. Nhóm xây dựng hướng dẫn đề nghị xây dựng một công cụ sàng lọc giao tiếp phù hợp với nền văn hóa và ngôn ngữ Việt để điều dưỡng có thể sử dụng tại Việt Nam cho tất cả những người nhập viện và được chẩn đoán đột quy.

C

Tất cả người bệnh đột quy đều nên được sàng lọc để phát hiện khiếm khuyết giao tiếp bằng cách sử dụng một công cụ sàng lọc đã được công nhận tính giá trị và độ tin cậy (Stroke Foundation, 2010).

3.2. Lượng giá ngôn ngữ trị liệu

Lượng giá là một phần không thể thiếu trong quy trình phục hồi chức năng. Những kỹ thuật viên NNTL đã được đào tạo bài bản nên là người thực hiện lượng giá nuốt và giao tiếp và sử dụng những công cụ tốt nhất hiện có và bằng chứng được cập nhật mới nhất. Khi có thể, nên sử dụng những công cụ lượng giá được chuẩn hóa và được công nhận tính giá trị^[GPP] (Stroke Foundation, 2010).

Nên sử dụng kết quả lượng giá để hỗ trợ quá trình đặt mục tiêu và lập kế hoạch trị liệu và ra quyết định lâm sàng.

GPP

Khi có thể, nên sử dụng những công cụ lượng giá đã được công nhận tính giá trị và độ tin cậy hoặc những công cụ đo lường đáp ứng được nhu cầu của người bệnh để hỗ trợ quá trình ra quyết định (Stroke Foundation, 2010).

3.2.1. Khó nuốt

Lượng giá lâm sàng tại giường

Nên giới thiệu những người bệnh được xem là ‘ngghi ngờ có nguy cơ’ khi sàng lọc nuốt đến gặp kỹ thuật viên NNTL để được lượng giá nuốt lâm sàng toàn diện (Stroke Foundation, 2017). Những kỹ thuật viên NNTL đã được đào tạo chuyên sâu nên là người thực hiện lượng giá khó nuốt lâm sàng tại giường^[B] và kỹ thuật viên thường sử dụng những kết cấu thức uống và thức ăn đặc đa dạng để xác định rối loạn chức năng sinh lý, xác định có cần tìm hiểu thêm hay không, kiểm tra mức độ hiệu quả của phương pháp điều trị đã chọn và giúp xây dựng kế hoạch xử trí khó nuốt (SIGN, 2010). Đối với những người bệnh mà kết quả lượng giá khó nuốt lâm sàng tại giường khuyến nghị điều chỉnh chế độ ăn uống, nên theo dõi lượng tiêu thụ và khả năng dung nạp chế độ ăn uống của họ và thường xuyên xem xét người bệnh có cần tiếp tục theo chế độ ăn uống được điều chỉnh này hay không^[GPP] (Stroke Foundation, 2017).

Nên giới thiệu những người bệnh được xem là ‘ngghi ngờ có nguy cơ’ khi sàng lọc nuốt đến gặp kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu để được lượng giá nuốt lâm sàng toàn diện (Stroke Foundation, 2017).

B

Kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu có kỹ năng xử trí khó nuốt nên sử dụng phương pháp lượng giá lâm sàng tại giường được chuẩn hóa (SIGN, 2010).

GPP

Đối với những người bệnh khó nuốt đang theo chế độ ăn uống được điều chỉnh, nên theo dõi lượng tiêu thụ và khả năng dung nạp chế độ ăn uống của họ. Nên thường xuyên xem xét người bệnh có cần tiếp tục theo chế độ ăn uống được điều chỉnh này hay không (Stroke Foundation, 2017).

Lượng giá bằng thiết bị

Lượng giá lâm sàng tại giường có một số hạn chế và có thể cho thấy nhu cầu cần lượng giá thêm bằng thiết bị (SIGN, 2010). Nên có một phương pháp đánh giá nuốt bằng thiết bị đáng tin cậy, đúng lúc và giá thành phù hợp cho tất cả người bệnh gặp phải tình trạng khó nuốt sau đột quỵ (SIGN, 2010). Phương pháp lượng giá nuốt bằng thiết bị phổ biến nhất bao gồm Nuốt Barium cải biên (modified barium swallow – MBS), (cũng được biết đến với tên gọi Thăm dò nuốt qua quay video có cản quang (videofluoroscopic swallow study – VFSS)) và Thăm dò nuốt bằng nội soi mềm (fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing – FEES). Đây là những phương pháp lượng giá khó nuốt đã được công nhận tính giá trị và kỹ thuật viên NNTL nên xem xét sử dụng^[C] (SIGN, 2010).

Nuốt Barium cải biên (MBS) là một phương pháp lượng giá động các giai đoạn miệng, hầu và thực quản trên trong quá trình nuốt và giúp nhà lâm sàng có được sự lượng giá nuốt toàn diện bằng thiết bị, xác định người bệnh có hít sặc hay không và nguyên nhân hít sặc (SIGN, 2010). Thăm dò nuốt bằng nội soi mềm (FEES) là phương pháp lượng giá nuốt sử dụng ống nội soi mềm qua mũi. Ống này được đưa vào từ mũi, qua vòm mềm và vào đến hầu (SIGN, 2010). Nuốt Barium cải biên (MBS) được xem là ‘tiêu chuẩn vàng’ trong lượng giá khó nuốt nhằm mục đích chẩn đoán cũng như trị liệu (SIGN, 2010). Kỹ thuật viên NNTL cần được đào tạo chuyên sâu trước khi có thể thực hiện lượng giá Nuốt Barium cải biên (MBS) hoặc Thăm dò nuốt bằng nội soi mềm (FEES) (SIGN, 2010).

Tại thời điểm biên soạn Hướng dẫn, lượng giá khó nuốt bằng thiết bị chưa được thực hành phổ biến tại Việt Nam. Ít cơ sở y tế có thiết bị phù hợp để tiến hành lượng giá theo phương pháp này và rất ít kỹ thuật viên NNTL có đủ kỹ năng hoặc trình độ cần thiết để thực hiện lượng giá. Nhóm xây dựng hướng dẫn đề nghị nên ưu tiên phát triển kỹ năng, cơ sở vật chất và quy trình lượng giá bằng thiết bị cho ngành NNTL tại Việt Nam.

C Lượng giá khó nuốt toàn diện có thể bao gồm lượng giá bằng thiết bị như Nuốt dung dịch chất cản quang (Barium) cải biên hoặc Thăm dò nuốt bằng nội soi mềm (SIGN, 2010).

Đo oxy mao mạch

Nhiều nghiên cứu đã xem xét mối quan hệ giữa thay đổi lượng bão hòa oxy và hít sặc (SIGN, 2010). Kết quả của những nghiên cứu này chưa thống nhất và cho thấy lượng bão hòa oxy có thể thay đổi do nhiều nguyên nhân và hiện tại chưa thể kết luận là sự thay đổi này có liên quan đến tình trạng khó nuốt hay hít sặc (SIGN, 2010). Không nên dựa vào phương pháp đo oxy mao mạch để lượng giá khó nuốt. Việc sử dụng phương pháp đo oxy mao mạch nên được nghiên cứu thêm.

3.2.2. Giao tiếp

Dữ liệu quốc tế cho thấy rằng vấn đề giao tiếp và lời nói xảy ra trong khoảng 60% người bệnh đột quỵ khi nhập viện và một phần ba số người bệnh vẫn còn khuyết tật giao tiếp sau khi đột quỵ (Stroke Foundation, 2017). Những người bệnh nghi ngờ có khó khăn giao tiếp nên được một nhà lâm sàng chuyên khoa (thường là kỹ thuật viên NNTL) lượng giá chính thức và toàn diện để xác định bản chất và loại khiếm khuyết giao tiếp^[GPP] (Stroke Foundation, 2017).

Hiện nay, những công cụ lượng giá giao tiếp được chuẩn hóa trong NNTL phù hợp với văn hóa và ngôn ngữ và bằng tiếng Việt còn hạn chế tại Việt Nam. Cần hết sức thận trọng khi biên dịch những công cụ lượng giá được chuẩn hóa, vì bản chất của NNTL là dựa trên nền tảng ngôn ngữ, nên khi biên dịch thì sẽ mất đi nội dung và tính giá trị của công cụ lượng giá. Kỹ thuật viên NNTL có thể lựa chọn phương pháp xây dựng những công cụ lượng giá không chuẩn hóa và không chính thức để quan sát người bệnh có thể tiếp nhận, xử lý và giao tiếp ý tưởng, cảm nghĩ và hành động của họ như thế nào trong môi trường bệnh viện. Phương pháp quan sát này sẽ bao gồm khả năng tự theo dõi, tự điều chỉnh của người bệnh, khả năng tận dụng những điểm mạnh giao tiếp của họ và bù trừ những điểm yếu.

Nhóm xây dựng hướng dẫn đề nghị, khi có thể, thì kỹ thuật viên NNTL nên xây dựng và sử dụng những công cụ lượng giá giao tiếp không chính thức phù hợp với văn hóa và ngôn ngữ Việt và tiếp tục nghiên cứu để xây dựng những công cụ lượng giá giao tiếp trong nước chính thức, được chuẩn hóa và được công nhận tính giá trị.

GPP Những người bệnh nghi ngờ có khó khăn giao tiếp nên được một nhà lâm sàng chuyên khoa lượng giá chính thức và toàn diện (Stroke Foundation, 2017).

3.2.3. Thất ngôn/Mất ngôn ngữ

Thuật ngữ thất ngôn/mất ngôn ngữ được dùng để mô tả tình trạng mất hoặc khiếm khuyết hệ thống ngôn ngữ mắc phải sau tổn thương não (Stroke Foundation, 2017). Y văn cho thấy khoảng một phần ba số người bệnh đột quy có biểu hiện thất ngôn/mất ngôn ngữ (Stroke Foundation, 2017) và những người bệnh nghi ngờ thất ngôn/mất ngôn ngữ nên được lượng giá toàn diện^[GPP] (Stroke Foundation, 2010).

Một khó khăn có thể gặp phải trong lượng giá là phân biệt giữa thất ngôn/mất ngôn ngữ nặng và khiếm khuyết nhận thức. Trong trường hợp này, công cụ lượng giá không lời, phi ngôn ngữ có thể sẽ có ích. Một ví dụ về công cụ lượng giá như vậy là Kiểm tra trí tuệ không lời, ấn bản thứ tư (Test of Nonverbal Intelligence, Fourth Edition – TONI-4). Công cụ này lượng giá những yếu tố thông thường của trí tuệ mà không có sự ảnh hưởng của kỹ năng ngôn ngữ hoặc yếu tố văn hóa.

Hiện nay chưa có công cụ lượng giá thất ngôn/mất ngôn ngữ được chuẩn hóa và chính thức bằng tiếng Việt. Nhóm xây dựng hướng dẫn đề nghị kỹ thuật viên NNTL nên sử dụng phương pháp lượng giá không chính thức và nên tiếp tục nghiên cứu xây dựng những công cụ lượng giá chính thức trong nước.

GPP Những người bệnh nghi ngờ thất ngôn/mất ngôn ngữ nên được lượng giá toàn diện (Stroke Foundation, 2010).

GPP Khi phát hiện người bệnh thất ngôn/mất ngôn ngữ, thì nhà lâm sàng nên:

- Ghi nhận chẩn đoán tạm thời
- Giải thích và trao đổi với người bệnh, gia đình/người chăm sóc và nhóm điều trị về bản chất của khiếm khuyết, và trao đổi và hướng dẫn các chiến lược hoặc kỹ thuật có thể giúp nâng cao khả năng giao tiếp

(Stroke Foundation, 2010)

3.2.4. Rối loạn vận ngôn

Rối loạn vận ngôn là một khiếm khuyết lời nói xảy ra do khiếm khuyết cử động của hệ cơ tạo ra lời nói bao gồm môi, lưỡi, khẩu cái, thanh quản và hô hấp (Stroke Foundation, 2017). Rối loạn vận ngôn làm hạn chế tính dễ hiểu của lời nói đối với người nghe và có thể khiến người bệnh nản chí, lo âu và đau buồn và thường hạn chế hoạt động và sự tham gia xã hội (Stroke Foundation, 2017). Tỷ lệ rối loạn vận ngôn chưa rõ ràng trong y văn nhưng quan sát thấy tình trạng này thường xuất hiện kèm theo những khiếm khuyết giao tiếp mắc phải khác.

Nên tiến hành lượng giá những người bệnh có biểu hiện lời nói không rõ ràng hoặc người nghe không thể hiểu được lời nói của họ để xác định bản chất và nguyên nhân của khiếm khuyết lời nói^[GPP] (Stroke Foundation, 2017).

Nhóm xây dựng hướng dẫn nhận ra rằng tại Việt Nam chưa có công cụ lượng giá rối loạn vận ngôn được chuẩn hóa và chính thức và vì vậy, nhóm đề nghị nên sử dụng những công cụ không chính thức và khi có thể, sử dụng một cách thận trọng những công cụ được biên dịch từ tiếng nước ngoài.

GPP Nên tiến hành lượng giá những người bệnh có lời nói không rõ ràng hoặc người nghe không thể hiểu được lời nói của họ để xác định bản chất và nguyên nhân của khiếm khuyết lời nói (Stroke Foundation, 2017).

3.2.5. Apraxia lời nói

Apraxia lời nói (còn có tên gọi là mất thực dụng lời nói hoặc mất điều khiển chủ ý lời nói) là sự gián đoạn trong quá trình lập kế hoạch về không gian và thời gian và/hoặc lập trình cử động để tạo ra lời nói (Stroke Foundation, 2017). Apraxia lời nói có đặc điểm là tốc độ nói chậm và biến dạng âm vị, biến dạng âm vị thay thế, và khuynh hướng phân tách lời nói thành từng âm tiết riêng rẽ và nhấn âm đều nhau xuyên suốt các âm tiết cạnh nhau (Stroke Foundation, 2017). Bất kỳ người bệnh nào nghi ngờ bị apraxia lời nói đều nên được lượng giá toàn diện^[GPP] (Stroke Foundation, 2017).

Nhóm xây dựng hướng dẫn nhận ra rằng hiện nay chưa có công cụ lượng giá được chuẩn hóa để lượng giá apraxia lời nói. Nhóm cũng nhận ra sự thiếu hụt các công cụ không chính thức được xây dựng trong nước. Nhóm xây dựng hướng dẫn đề nghị nên xây dựng và sử dụng những công cụ lượng giá không chính thức trong nước cho apraxia lời nói và tiếp tục nghiên cứu xây dựng thêm những công cụ chính thức.

GPP Những người bệnh nghi ngờ bị apraxia lời nói nên được lượng giá toàn diện (Stroke Foundation, 2017).

3.3 Đặt mục tiêu, lập kế hoạch trị liệu và đo lường kết quả

Quá trình đặt mục tiêu là một thành tố chủ yếu trong quy trình phục hồi chức năng (Stroke Foundation, 2017). Đặt mục tiêu giúp hướng dẫn quá trình điều trị, tạo động lực cho người bệnh và khởi đầu cuộc đối thoại giữa nhân viên y tế với người bệnh và gia đình/người chăm sóc về mức độ hồi phục có thể mong đợi (Stroke Foundation, 2017). Nhân viên y tế nên chủ động khởi đầu quá trình đặt mục tiêu và cho phép người bệnh và gia đình/người chăm sóc tham gia vào toàn bộ quá trình, và thiết lập và thường xuyên ghi nhận những nguyện vọng và mong muốn của họ (Stroke Foundation, 2017).

Kỹ thuật viên NNTL nên kết hợp với những thành viên còn lại trong nhóm đa chuyên ngành để đặt mục tiêu chăm sóc người bệnh. Các mục tiêu nên được xác định rõ ràng, cụ thể và thử thách người bệnh, và nên được ghi chú, xem xét và cập nhật thường xuyên (Stroke Foundation, 2017). Những mục tiêu được xác định rõ ràng và cụ thể cho phép nhà lâm sàng đo lường kết quả hiệu quả. Nên đo lường kết quả bằng những công cụ được chuẩn hóa và nên cân nhắc tất cả khía cạnh của ICF bao

gồm sự lo âu, đau buồn và trạng thái khỏe mạnh và chất lượng cuộc sống của một người liên quan đến khả năng chức năng của họ.

Kỹ thuật viên NNTL nên lựa chọn những công cụ đặt mục tiêu và đo lường kết quả có liên quan và phù hợp với bối cảnh lâm sàng. Nên sử dụng những công cụ được chuẩn hóa để có thể đặt ra những mục tiêu cụ thể, lấy người bệnh làm trung tâm và dựa trên khả năng thực hiện và sự hài lòng. Một số công cụ được chuẩn hóa có thể phù hợp để điều chỉnh và sử dụng tại Việt Nam. Cá nhân và cơ sở y tế nên xem xét cẩn thận những công cụ này trước khi biên dịch hoặc sử dụng chúng.

- Quy trình đặt mục tiêu SMART (Cụ thể – Specific, Đo lường được – Measurable, Có thể đạt được – Achievable, Thực tiễn/Có liên quan – Realistic/Relevant và Xác định thời gian – Timed) được sử dụng rộng rãi để giúp đặt ra và thường xuyên xem xét những mục tiêu cụ thể và thử thách người bệnh (Stroke Foundation, 2017).
- Thang điểm đánh giá thiết lập Mục tiêu (Goal Attainment Scale – GAS) là một công cụ đặt mục tiêu có thể cân nhắc sử dụng (xem Phụ lục 1 để có ví dụ về bảng điểm GAS).
- Công cụ như Đo lường Độc lập Chức năng (Functional Independence Measure) và Đo lường Đánh giá Chức năng (Function Assessment Measure) của Anh (FIM+FAM) là một công cụ có thể cân nhắc sử dụng để đo lường kết quả trong nhóm đa chuyên ngành (Turner-Stokes, 2012).

Kỹ thuật viên NNTL sẽ hoàn thành việc lập kế hoạch điều trị sau khi xem xét mục tiêu, điểm mạnh, khó khăn, nguồn lực cá nhân và gia đình của người bệnh cũng như khoảng thời gian có thể thực hiện phục hồi chức năng là bao lâu. Kỹ thuật viên NNTL cũng nên cân nhắc những nguồn lực trong nhà/cộng đồng để giúp người bệnh có thể tiếp tục phục hồi chức năng sau khi xuất viện và cân nhắc tất cả khía cạnh của mô hình ICF.

Nên cho người bệnh đột quy và gia đình/người chăm sóc của họ cơ hội tham gia vào quá trình đặt mục tiêu trừ khi họ lựa chọn không tham gia hoặc họ không thể tham gia và nên thiết lập và thường xuyên ghi nhận những nguyện vọng và mong muốn của họ (Stroke Foundation, 2017).

Nhân viên y tế nên hợp tác với nhau khi đặt mục tiêu chăm sóc người bệnh. Các mục tiêu nên được xác định rõ ràng, cụ thể và thử thách người bệnh. Các mục tiêu nên được ghi chú, xem xét và cập nhật thường xuyên (Stroke Foundation, 2017).

3.4. Can thiệp ngôn ngữ trị liệu

Sau quá trình lượng giá, đặt mục tiêu và lập kế hoạch điều trị, nên bắt đầu càng sớm càng tốt các can thiệp cụ thể để khắc phục hoặc bù trừ cho tình trạng mất chức năng giao tiếp và/hoặc nuốt.

3.4.1. Khó nuốt

Chương trình phục hồi chức năng khó nuốt sử dụng kết hợp nhiều phương pháp tiếp cận nhằm cải thiện hoặc bù trừ cho rối loạn cơ sở (National Clinical Guidelines Centre, 2013). Phương pháp xử trí khó nuốt thông thường bao gồm điều chỉnh chế độ ăn uống và sử dụng những kỹ thuật bù trừ

cũng như trị liệu khó nuốt trực tiếp. Xử trí khó nuốt cũng bao gồm những kỹ thuật cho ăn/ăn uống và theo dõi việc cho ăn/ăn uống.

Điều chỉnh chế độ ăn uống và những kỹ thuật bù trừ

Điều chỉnh chế độ ăn uống là thay đổi kết cấu hoặc độ đặc của thức ăn và thức uống (SIGN, 2010). Chiến lược bù trừ đề cập đến những tư thế và thủ thuật được thiết kế nhằm tác động đến tốc độ và hướng đi của viên thức ăn hoặc ngưng thức uống (SIGN, 2010). Nên sử dụng sớm những phương pháp tiếp cận về hành vi như các bài tập nuốt, điều chỉnh môi trường, tư vấn cách nuốt an toàn, và điều chỉnh chế độ ăn uống phù hợp khi điều trị cho người bệnh khó nuốt (Stroke Foundation, 2017).

Sáng kiến Chuẩn hóa Chế độ ăn Rối loạn Nuốt Quốc tế (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative – IDDSI) đưa ra một khuôn khổ nhạy về mặt văn hóa, có thể đo lường và áp dụng để điều chỉnh chế độ ăn uống (International Dysphagia Diet Standardisation Committee, 2016). Khuôn khổ này (xem phụ lục 2) bao gồm một miền liên tục gồm 8 mức độ để đo lường thức uống (Mức 0-4) và thức ăn (Mức 3-7) cũng như thông tin mô tả rõ ràng và các phương pháp kiểm tra cho từng kết cấu và độ đặc trong khuôn khổ. Tại thời điểm biên soạn Hướng dẫn, khuôn khổ này và tài liệu hướng dẫn đang được biên dịch sang tiếng Việt. Nhóm xây dựng hướng dẫn đề nghị khi khuôn khổ này được biên dịch hoàn chỉnh, các cơ sở y tế nên đưa nó vào sử dụng để hướng dẫn điều chỉnh chế độ ăn uống cho người bệnh phù hợp với tiêu chuẩn quốc tế.

Đối với người bệnh khó nuốt, nên sử dụng sớm những phương pháp tiếp cận về hành vi như các bài tập nuốt, điều chỉnh môi trường, tư vấn cách nuốt an toàn, và điều chỉnh chế độ ăn uống phù hợp (Stroke Foundation, 2017).

Trị liệu khó nuốt

Phương pháp tiếp cận trị liệu trực tiếp là trị liệu tích cực nhằm tác động trực tiếp và lâu dài đến sinh lý nuốt sau đột quỵ (SIGN, 2010). Chương trình trị liệu khó nuốt nên được thiết kế riêng phù hợp với cá nhân người bệnh. Y văn có mô tả một số phương án trị liệu và kỹ thuật viên NNTL nên cân nhắc những phương án này để trị liệu khó nuốt, nếu chúng phù hợp với cá nhân người bệnh.

GPP

Nên cho người bệnh khó nuốt tham gia trị liệu thường xuyên trong đó bao gồm huấn luyện kỹ năng và sức mạnh trong trị liệu trực tiếp (với thức ăn/thức uống) và trị liệu vận động gián tiếp tận dụng những nguyên lý của tính linh hoạt thần kinh để cải thiện kỹ năng nuốt (Stroke Foundation, 2017).

Chăm sóc cho người bệnh khó nuốt

Kỹ thuật viên NNTL đóng vai trò chủ chốt trong công tác huấn luyện và hỗ trợ gia đình, người chăm sóc và nhân viên y tế để họ chăm sóc cho người bệnh khó nuốt. Tất cả thành viên trong gia đình, người chăm sóc và những nhân viên y tế tham gia chăm sóc cho người bệnh khó nuốt đều nên có kiến thức và kỹ năng cần thiết để cho người bệnh khó nuốt ăn uống và theo dõi người bệnh để đảm bảo an toàn^[D] (SIGN, 2010).

D

Gia đình, người chăm sóc và những nhân viên y tế tham gia chăm sóc cho người bệnh khó nuốt đều nên được huấn luyện các kỹ thuật cho người bệnh ăn uống, bao gồm:

- Điều chỉnh tư thế và chế độ ăn uống
- Cách đưa thức ăn và thức uống vào miệng
- Xử trí các yếu tố hành vi và môi trường
- Chăm sóc răng miệng
- Xử trí tình trạng nghẹn

(SIGN, 2010).

Y văn cũng đề nghị không nên thường xuyên sử dụng một số kỹ thuật trị liệu với người bệnh khó nuốt. Những kỹ thuật này bao gồm kích thích não không xâm lấn, châm cứu, kích thích điện thần kinh – cơ bề mặt và kích thích điện cho hầu (Stroke Foundation, 2017).

Chỉ nên thực hiện kích thích não không xâm lấn cho người bệnh khó nuốt trong khuôn khổ nghiên cứu (Stroke Foundation, 2017).

Không nên sử dụng châm cứu như là một phương pháp thực hành thường quy để điều trị khó nuốt mà chỉ nên sử dụng trong nghiên cứu (Stroke Foundation, 2017).

Kích thích điện thần kinh – cơ bề mặt chỉ nên được thực hiện bởi những nhà lâm sàng có kinh nghiệm với phương pháp can thiệp này, và chỉ nên áp dụng phương pháp này trong giới hạn đã được công bố trong khuôn khổ nghiên cứu (Stroke Foundation, 2017).

Không nên thực hiện kích thích điện cho hầu như là một phương pháp thực hành thường quy đối với người bệnh khó nuốt (Stroke Foundation, 2017).

3.4.2. Thất ngôn/Mất ngôn ngữ

Thất ngôn/Mất ngôn ngữ là một khiếm khuyết mạn tính và dai dẳng có thể ảnh hưởng đến tất cả khía cạnh trong cuộc sống của người bệnh. Nên cho người bệnh thất ngôn/mất ngôn ngữ tham gia điều trị với kỹ thuật viên NN TL càng sớm càng tốt ngay khi người bệnh có thể chịu đựng được sự điều trị^[GPP] (Stroke Foundation, 2017). Nên cho người bệnh tham gia trị liệu để cải thiện khả năng giao tiếp chức năng (Stroke Foundation, 2017). Nên tiến hành trị liệu thất ngôn/mất ngôn ngữ tích cực bao gồm ít nhất 45 phút trị liệu ngôn ngữ trực tiếp năm ngày một tuần trong vài tháng đầu sau đột quỵ (Stroke Foundation, 2017). Trong dài hạn, nên xây dựng và cho người bệnh thất ngôn/mất ngôn ngữ mạn tính và dai dẳng tham gia các chương trình trị liệu nhóm và nhóm hội thoại^[CI] (Stroke Foundation, 2010).

GPP

Nên cho người bệnh tham gia điều trị thất ngôn/mất ngôn ngữ càng sớm càng tốt ngay khi người bệnh có thể chịu đựng được sự điều trị (Stroke Foundation, 2017).

Nên cho người bệnh tham gia điều trị thất ngôn/mất ngôn ngữ để cải thiện khả năng giao tiếp chức năng (Stroke Foundation, 2017).

Nên tiến hành trị liệu thất ngôn/mất ngôn ngữ tích cực bao gồm 45 phút trị liệu trực tiếp năm ngày một tuần trong vài tháng đầu sau đột quy (Stroke Foundation, 2017).

Các phương pháp can thiệp thất ngôn/mất ngôn ngữ nên được thiết kế riêng phù hợp với cá nhân người bệnh, nhưng có thể bao gồm:

- C** ▪ Điều trị những khía cạnh của ngôn ngữ theo các mô hình trong tâm lý học thần kinh nhận thức
- B** ▪ trị liệu ngôn ngữ cưỡng bức
- D** ▪ sử dụng cử chỉ điệu bộ
- C** ▪ những kỹ thuật hội thoại có hỗ trợ
- C** ▪ thực hiện chương trình trị liệu qua máy vi tính

(Stroke Foundation, 2010).

- C** Có thể sử dụng trị liệu nhóm và các nhóm hội thoại cho người bệnh thất ngôn/mất ngôn ngữ và nên có những chương trình này để người bệnh thất ngôn/mất ngôn ngữ mạn tính và dai dẳng tham gia trong dài hạn (Stroke Foundation, 2010).

3.4.3. Rối loạn vận ngôn

Đối với người bệnh rối loạn vận ngôn, sự tiếp xúc sớm và kéo dài hướng đến nhu cầu của cá nhân người bệnh là vô cùng quan trọng nhằm nâng cao sự tự tin của người bệnh và cải thiện khả năng giao tiếp chức năng của họ (Stroke Foundation, 2017). Y văn đề nghị người bệnh rối loạn vận ngôn nên bắt đầu điều trị càng sớm càng tốt ít nhất ba buổi một tuần lên đến 16 tuần sau đột quy (Stroke Foundation, 2017). Những phương pháp can thiệp này nên được thiết kế riêng phù hợp với cá nhân người bệnh và nên tập trung vào sử dụng giao tiếp chức năng (Stroke Foundation, 2017). Các dụng cụ giao tiếp tăng cường và thay thế (Augmentative and alternative communication – AAC) cũng có thể có ích trong hoạt động hàng ngày đối với những người rối loạn vận ngôn nặng^[GPP] (Stroke Foundation, 2010).

Không có bằng chứng cho thấy những bài tập vận động miệng không lời mang lại lợi ích gì thêm trong trị liệu lời nói và không nên thực hiện những bài tập này với người bệnh rối loạn vận ngôn (Stroke Foundation, 2017).

Phương pháp can thiệp rối loạn vận ngôn nên được thiết kế riêng phù hợp với cá nhân người bệnh và nên tập trung vào sử dụng giao tiếp chức năng (Stroke Foundation, 2017).

Can thiệp điều trị rối loạn vận ngôn có thể bao gồm:

- D** ▪ phản hồi sinh học hoặc máy khuếch đại giọng nói để thay đổi cường độ và gia tăng âm lượng
- D** ▪ trị liệu tích cực hướng đến gia tăng âm lượng (ví dụ như Điều trị Giọng nói Lee Silverman (Lee Silverman Voice Treatment – LSVT))
- GPP** ▪ sử dụng các chiến lược như giảm tốc độ, nhấn mạnh câu âm hoặc cử chỉ điệu bộ

(Stroke Foundation, 2017).

GPP

Các dụng cụ giao tiếp tăng cường và thay thế có thể có ích trong hoạt động hàng ngày đối với những người rối loạn vận ngôn nặng (Stroke Foundation, 2010).

Không nên thực hiện những bài tập vận động miệng không lời với người bệnh rối loạn vận ngôn (Stroke Foundation, 2017).

3.4.4. Apraxia lời nói

Nên cho người bệnh apraxia lời nói tham gia ngôn ngữ trị liệu. Phương pháp trị liệu nên được thiết kế riêng phù hợp với cá nhân người bệnh và có thể kết hợp những cách tiếp cận về tốc độ/nhịp điệu và cơ học của cấu âm (Stroke Foundation, 2017). Trị liệu có thể kết hợp sử dụng phương pháp làm mẫu và gợi ý trực quan hoặc những nguyên tắc học vận động để hệ thống quá trình luyện tập (Stroke Foundation, 2017). Trị liệu cũng có thể bao gồm Những nguyên lý trị liệu tái cấu trúc hệ cơ vùng miệng tương ứng với mục tiêu phát âm (Principles for Restructuring Oral Musculature Phonetic Targets – PROMPT) hoặc các chương trình tự tập với máy vi tính sử dụng kích thích giác quan đa phương thức (Stroke Foundation, 2017). Người bệnh apraxia lời nói nên sử dụng các phương thức giao tiếp tăng cường và thay thế (AAC) như cử chỉ điệu bộ hoặc thiết bị tạo lời nói trong hoạt động chức năng (Stroke Foundation, 2017).

Phương pháp trị liệu apraxia lời nói nên được thiết kế riêng phù hợp với cá nhân người bệnh và có thể kết hợp những cách tiếp cận về tốc độ/nhịp điệu và cơ học của cấu âm (Stroke Foundation, 2017).

Trị liệu apraxia lời nói có thể kết hợp:

- Sử dụng phương pháp làm mẫu và gợi ý trực quan
- Những nguyên tắc học vận động để hệ thống các buổi luyện tập
- Những nguyên lý trị liệu tái cấu trúc hệ cơ vùng miệng tương ứng với mục tiêu phát âm (Principles for Restructuring Oral Musculature Phonetic Targets – PROMPT)
- Các chương trình tự tập với máy vi tính sử dụng kích thích giác quan đa phương thức

(Stroke Foundation, 2017).

Đối với hoạt động chức năng, nên sử dụng các phương thức giao tiếp tăng cường và thay thế như cử chỉ điệu bộ hoặc thiết bị tạo lời nói (Stroke Foundation, 2017).

3.4.5. Giao tiếp tăng cường và thay thế

Giao tiếp tăng cường và thay thế (Augmentative and alternative communication – AAC) là một lĩnh vực thực hành lâm sàng nhằm đáp ứng nhu cầu của những người có rối loạn giao tiếp đáng kể và phức tạp (American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), n.d). Giao tiếp tăng cường và thay thế (AAC) sử dụng nhiều kỹ thuật và công cụ đa dạng để giúp một người diễn đạt cảm nghĩ, mong muốn và nhu cầu, cảm xúc và ý tưởng (ASHA, n.d). Kỹ thuật viên NNLT đóng vai trò chủ yếu trong công tác sàng lọc, lượng giá, chẩn đoán và điều trị cho những người cần được can thiệp giao tiếp tăng cường và thay thế (AAC) (ASHA, n.d).

Nên cân nhắc giao tiếp tăng cường và thay thế (AAC) cho những người bệnh có khiếm khuyết giao tiếp đáng kể sau đột quy để hỗ trợ họ trong những hoạt động chức năng và hoạt động hàng ngày.

Nhóm xây dựng hướng dẫn nhận ra rằng trong tương lai kỹ thuật viên NNTL tại Việt Nam ngày càng cần có kiến thức và kỹ năng lượng giá và xử trí giao tiếp tăng cường và thay thế (AAC). Nhóm nhận ra rằng sự phát triển công nghệ liên tục tại Việt Nam là một yếu tố thuận lợi cho sự phát triển giao tiếp tăng cường và thay thế (AAC).

D

Người bệnh apraxia lời nói nên sử dụng các phương thức giao tiếp tăng cường và thay thế như cử chỉ điệu bộ hoặc thiết bị tạo lời nói trong hoạt động chức năng (Stroke Foundation, 2017).

GPP

Nên sử dụng phương tiện giao tiếp thay thế (ví dụ như cử chỉ điệu bộ, hình vẽ, chữ viết, sử dụng dụng cụ giao tiếp tăng cường và thay thế) cho người bệnh thất ngôn/mất ngôn ngữ khi phù hợp (Stroke Foundation, 2017).

GPP

Các dụng cụ giao tiếp tăng cường và thay thế có thể có ích trong hoạt động hàng ngày đối với những người rối loạn vận ngôn nặng (Stroke Foundation, 2017).

3.4.6. Rối loạn giao tiếp do bán cầu não phải

Đột quy bán cầu não phải có thể gây ra nhiều khó khăn giao tiếp – nhận thức. Hiện nay y văn về tỷ lệ, cách lượng giá và điều trị rối loạn giao tiếp do bán cầu não phải còn hạn chế nhưng kỹ thuật viên NNTL – những chuyên gia về giao tiếp – nên tiến hành lượng giá những đặc điểm của giao tiếp có thể bị ảnh hưởng bao gồm ngôn điệu, ngôn ngữ hiểu và ngôn ngữ diễn đạt và ngữ dụng (Stroke Foundation, 2017). Phương pháp lượng giá và can thiệp nên được thiết kế riêng phù hợp với cá nhân người bệnh và phù hợp về văn hóa và ngôn ngữ. Người bệnh đột quy bị ảnh hưởng về nhận thức và khó khăn giao tiếp nên được lượng giá toàn diện để xây dựng kế hoạch xử trí và giáo dục, hỗ trợ và tư vấn cho gia đình khi cần thiết^[GPP] (Stroke Foundation, 2017).

Nhóm xây dựng hướng dẫn đồng ý rằng hiện nay kiến thức và nguồn tư liệu về NNTL trong lĩnh vực rối loạn giao tiếp do bán cầu não phải còn hạn chế. Kỹ thuật viên NNTL nên làm việc trong phạm vi thực hành của họ và kết hợp chặt chẽ với kỹ thuật viên HĐTL và tìm kiếm cơ hội gia tăng kỹ năng và xây dựng nguồn tư liệu và cơ sở bằng chứng khi có thể.

GPP

Người bệnh đột quy bị ảnh hưởng về nhận thức và khó khăn giao tiếp nên được lượng giá toàn diện để xây dựng kế hoạch xử trí và giáo dục, hỗ trợ và tư vấn cho gia đình khi cần thiết (Stroke Foundation, 2017).

GPP

Lượng giá và xử trí rối loạn giao tiếp do bán cầu não phải nên được thiết kế riêng phù hợp với cá nhân người bệnh.

3.4.7. Vệ sinh răng miệng

Vệ sinh răng miệng là một phần quan trọng trong chăm sóc người bệnh, đặc biệt đối với người bệnh khó nuốt và người bệnh không ăn uống bằng đường miệng (SIGN, 2010). Những người bệnh đột

quy gặp phải tình trạng khó nuốt có thể gặp khó khăn giữ vệ sinh răng miệng tốt (SIGN, 2010). Tất cả người bệnh khó nuốt, đặc biệt những người có ống mở dạ dày ra da qua nội soi (PEG) hoặc ống mũi – dạ dày (NG), đều nên được trợ giúp và/hoặc hướng dẫn để giữ vệ sinh răng miệng tốt và đảm bảo sự thoải mái cho người bệnh (SIGN, 2010).

Nhóm xây dựng hướng dẫn đề nghị nên xây dựng phác đồ chăm sóc răng miệng tại Việt Nam và sử dụng tại các cơ sở y tế để hỗ trợ và đẩy mạnh thực hành vệ sinh răng miệng tốt cho người bệnh khó nuốt.

Tất cả người bệnh, đặc biệt những người có khó khăn về nuốt, đặc biệt những người có ống mở dạ dày ra da qua nội soi (PEG) hoặc ống mũi – dạ dày (NG), đều nên được trợ giúp và/hoặc hướng dẫn để giữ vệ sinh răng miệng tốt và đảm bảo sự thoải mái cho người bệnh (SIGN, 2010) (Stroke Foundation, 2017).

3.4.8. Mở khí quản

Kỹ thuật viên NNTL đóng vai trò thiết yếu trong xử trí về giao tiếp, khó nuốt, tư vấn về lộ trình rút ống và giáo dục về lĩnh vực mở khí quản (SPA, 2013). Tiếp cận đa chuyên ngành là vô cùng quan trọng để có được sự chăm sóc mở khí quản tối ưu (SPA, 2013). Kỹ thuật viên NNTL nên luôn luôn làm việc trong phạm vi thực hành của họ (SPA, 2013).

Nhóm xây dựng hướng dẫn nhận ra vai trò vô cùng quan trọng mà những kỹ thuật viên NNTL có kỹ năng phù hợp có thể đảm nhận trong xử trí mở khí quản. Nhóm xây dựng hướng dẫn đề nghị nên tìm hiểu về vấn đề huấn luyện và chứng nhận cấp nâng cao cho kỹ thuật viên NNTL tại Việt Nam trong tương lai để giúp kỹ thuật viên NNTL có thể tham gia vào nhóm đa chuyên ngành xử trí mở khí quản.

3.4.9. Cung cấp thông tin và giáo dục

Tất cả thông tin dạng văn bản về sức khỏe, tình trạng thất ngôn/mất ngôn ngữ, hỗ trợ xã hội và cộng đồng đều nên được trình bày theo định dạng thân thiện với người bệnh thất ngôn/mất ngôn ngữ^[A] (Stroke Foundation, 2010) và kỹ thuật viên NNTL nên đảm bảo tất cả người bệnh và gia đình/người chăm sóc của họ đều được cung cấp thông tin đáp ứng đúng nhu cầu cá nhân của họ và sử dụng những định dạng ngôn ngữ và giao tiếp phù hợp (Stroke Foundation, 2017). Theo nghĩa rộng hơn, kỹ thuật viên NNTL có trách nhiệm đảm bảo giảm thiểu được những rào cản môi trường mà người bệnh có khiếm khuyết giao tiếp gặp phải thông qua những hoạt động khác nhau được liệt kê bên dưới. Kỹ thuật viên NNTL cũng nên hỗ trợ nhóm đa chuyên ngành trong quá trình lượng giá những người bệnh có khiếm khuyết giao tiếp nặng.

Nhóm xây dựng hướng dẫn nhận ra một vai trò của kỹ thuật viên NNTL là nâng cao ý thức và kiến thức của người bệnh, nhân viên y tế và cộng đồng về khiếm khuyết giao tiếp và vai trò của NNTL.

A

Tất cả thông tin dạng văn bản về sức khỏe, tình trạng thất ngôn/mất ngôn ngữ, hỗ trợ xã hội và cộng đồng đều nên được trình bày theo định dạng thân thiện với người bệnh thất ngôn/mất ngôn ngữ (Stroke Foundation, 2010).

Tất cả người bệnh và gia đình/người chăm sóc của họ đều nên được cung cấp thông tin đáp ứng đúng nhu cầu cá nhân của họ và sử dụng những định dạng ngôn ngữ và giao tiếp phù hợp (Stroke Foundation, 2017).

GPP

Nên giải quyết những rào cản môi trường mà người bệnh thất ngôn/mất ngôn ngữ gặp phải thông qua huấn luyện đối tác/cộng sự giao tiếp, nâng cao ý thức và giáo dục về tình trạng thất ngôn/mất ngôn ngữ nhằm giảm bớt thái độ tiêu cực, và đẩy mạnh khả năng tiếp cận và hòa nhập của người bệnh bằng cách cung cấp thông tin theo định dạng thân thiện với người bệnh thất ngôn/mất ngôn ngữ hoặc sử dụng những phương pháp điều chỉnh môi trường khác (Stroke Foundation, 2017).

3.5. Xuất viện và theo dõi

Kỹ thuật viên NNTL nên tham gia vào quá trình lập kế hoạch xuất viện cho người bệnh có khiếm khuyết về nuốt và/hoặc giao tiếp. Nên cung cấp thông tin cho người bệnh và gia đình/người chăm sóc về yêu cầu tiếp tục trị liệu cũng như thông tin về sự sẵn có của các nguồn hỗ trợ với những người cùng hoàn cảnh khác (Stroke Foundation, 2017).

Nên cung cấp cho người bệnh và gia đình của họ một bản kế hoạch chăm sóc sau khi xuất viện bằng văn bản trong đó viết chi tiết tất cả thông tin nói trên và lưu một bản trong hồ sơ bệnh án của họ. Ngoài ra, kỹ thuật viên NNTL nên huấn luyện cho người bệnh và gia đình/người chăm sóc một cách cụ thể và phù hợp với nhu cầu cá nhân của họ về những chiến lược giao tiếp, phương pháp nuốt an toàn và cách điều chỉnh chế độ ăn uống phù hợp trước khi người bệnh xuất viện (Stroke Foundation, 2017).

Nên cung cấp thông tin cho người bệnh và gia đình/người chăm sóc về sự sẵn có của các nguồn hỗ trợ với những người cùng hoàn cảnh khác trước khi người bệnh rời khỏi bệnh viện (Stroke Foundation, 2017).

Kỹ thuật viên NNTL nên huấn luyện cho người bệnh và gia đình/người chăm sóc một cách cụ thể và phù hợp với nhu cầu cá nhân của họ về những chiến lược giao tiếp, phương pháp nuốt an toàn và cách điều chỉnh chế độ ăn uống phù hợp trước khi người bệnh xuất viện (Stroke Foundation, 2017).

3.6. Phát triển chuyên môn và nghiên cứu

Hiện nay, bằng chứng tốt và cấp cao trong NNTL và xử trí đột quy còn hạn chế. Nhân viên y tế cần liên tục đánh giá phương pháp thực hành của bản thân liên quan đến kết quả thực hành và cân nhắc tiến hành đánh giá kiểm nghiệm và nghiên cứu trong lĩnh vực này (SIGN, 2010).

Nhóm xây dựng hướng dẫn ủng hộ sự phát triển của NNTL tại Việt Nam và nhiệt liệt ủng hộ việc tiếp tục nghiên cứu và xây dựng các nguồn tư liệu và công cụ trong nước trong tất cả lĩnh vực NNTL, đặc biệt lĩnh vực xử trí đột quy

Miễn trừ trách nhiệm

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

- Adamson, J., Beswick, A., & Ebrahim, S. (2004). Is stroke the most common cause of disability? *National Stroke Association* .
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (n.d). *Augmentative and Alternative Communication (Practice Portal)*. Retrieved July 2018, from www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Augmentative-and-Alternative-Communication/
- Hardie, K., Hankey, G., Jamrozik, K., Broadhurst, R., & Anderson, C. (2004). Ten-Year Risk of First Recurrent Stroke and Disability After First-Ever Stroke in Perth Community Stroke Study. *Stroke* , 35, 731-735.
- Hatano, S. (1976). Experience from a multicentre stroke register: a preliminary report. *Bulletin of the World Health Organisation* , 54 (5), 541-553.
- Hurn, J., Kneebone, I., & Cropley, M. (2006). Goal Setting as an outcome measure: A systematic review. *Clinical Rehabilitation* , 20 (9), 756-72.
- International Dysphagia Diet Standardisation Committee. (2016). *The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)*. Retrieved from <http://idssi.org/framework/>
- Jabbour, P. M. (2013). *Neurovascular Surgical Techniques*. JP Medical.
- MoH (2014) *Decision to approve the National Action Plan on Rehabilitation Development Period 2014 – 2020* (Hanoi. 6 October 2014) (VN: 4039_QD-BYT_Ke hoach quoc gia PHCN)
- National Clinical Guidelines Centre. (2008). *Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management*.
- National Clinical Guidelines Centre. (2013). *Stroke Rehabilitation: Long Term Rehabilitation After Stroke*. National Institute for Health Care Excellence, London.
- Rothwell, P. M., Giles, M. F., Flossmann, E., Redgrave, J. N., Warlow, C. P., & Mehta, Z. (2005). A simple score (ABCD) to identify individuals at high early risk of stroke after transient ischaemic attack. *Lancet* , 366 (9479), 29-36.
- Royal Dutch Society for Physical Therapy. (2014). *KNGF Clinical Guideline for Physical Therapy in patients with stroke*.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2010). *Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia - A national clinical guideline*. Edinburgh.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2010). *Management of Patients with Stroke: Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning - A National Clinical Guideline*. Edinburgh: NHS Quality Improvement Scotland.
- Speech Pathology Australia (SPA). (2013). *Tracheostomy Clinical Guideline*.
- Stroke Foundation. (2010). *Clinical Guidelines for Stroke Management*. Melbourne, Australia.

Stroke Foundation. (2017). *Clinical Guidelines for Stroke Management*. Melbourne, Australia.

Turner-Stokes, L. (2012). The UK FIM+FAM (Functional Assessment Measure) . Harrow, Middlesex, UK.

World Health Organisation (WHO). (2001). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: ICF*. Geneva.

World Health Organisation (WHO). (2015). *Viet Nam: WHO Statistical Profile*.

World Health Organisation (WHO). (2011). *World Report on Disability*. Geneva: WHO Press.

Phụ lục

Phụ lục 1: Thang điểm đánh giá thiết lập Mục tiêu (Goal Attainment Scale – GAS)

Phụ lục 2: Khuôn khổ Sáng kiến Chuẩn hóa Chế độ ăn Rối loạn Nuốt Quốc tế (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative – IDDSI)