

CHĂM SÓC
VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SỚM
SAU ĐỘT QUY
脳卒中の早期リハビリテーション



DỰ ÁN HỖ TRỢ CẢI THIỆN CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC ĐỘT QUY

医療技術等国際展開推進事業 脳卒中チームプロジェクト

Chủ biên: PGS.TS.Lương Tuấn Khanh
Dr. Fujitani Junko

Thư kí: BS.Nguyễn Trang Linh

Ban biên soạn:

PGS.TS.Lương Tuấn Khanh	Dr. Fujitani Junko
PGS.TS.Nguyễn Thị Kim Liên	Dr. Fujimoto Masashi
PGS.TS. Đỗ Đào Vũ	PT. Matsuzaki Haruki
BS. Nguyễn Trang Linh	PT. Nakashima Takumi
BS. Lê Thị Phương Dung	PT. Fukuda Yoko
BS. Nguyễn Thị Dung	PT. Sato Yuji
CN. Đặng Văn Tú	OT. Noguchi Yuko
CN. Đinh Đăng Tài	OT. Karaki Hitomi
CN. Nguyễn Phú Sỹ	OT. Nishimoto Atsuko
CN. Nguyễn Hải Linh	ST. Miyauchi Megumi
CN. Trần Gia Tuyến	ST. Takeda Manami
CN. Dương Công Đoàn	ST. Tsukinaga Akihiko
CN. Trần Lan Phương	<i>(Khoa PHCN – Trung tâm Y tế quốc gia và Sức</i>
CN. Nguyễn Thị Phượng	<i>khỏe toàn cầu Nhật Bản - NCGM)</i>

(Trung tâm PHCN Bệnh viện Bạch Mai)





National Center for
Global Health and Medicine



CHĂM SÓC VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SỚM SAU ĐỘT QUỴ

脳卒中の早期リハビリテーション

DỰ ÁN HỖ TRỢ CẢI THIỆN CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC ĐỘT QUỴ
医療技術等国際展開推進事業 脳卒中チームプロジェクト



MỤC LỤC

CHƯƠNG 1: PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SỚM SAU ĐỘT QUY NÃO

Nhóm phục hồi chức năng đa chuyên ngành đột quy não	09
Vận động sớm sau đột quy não.....	16
Tiêu chuẩn bắt đầu, tiêu chuẩn dừng tập phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy giai đoạn cấp	25
Quy trình phục hồi chức năng rời giường sớm cho người bệnh đột quy.....	30
Vận động trị liệu cho người bệnh đột quy	35
Phục hồi chức năng hô hấp cho người bệnh đột quy.....	48
Chương trình hướng dẫn tập luyện tại nhà cho người bệnh đột quy.....	58
Lượng giá chức năng chi trên cho người bệnh đột quy theo thang điểm Brunnstrom	65
Rối loạn chức năng cao cấp của não sau đột quy.....	69

CHƯƠNG 2: XỬ LÝ RỐI LOẠN NUỐT Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY NÃO

Quản lý rối loạn nuốt giai đoạn đột quy cấp tính	76
Rối loạn nuốt ở người bệnh phẫu thuật mở khí quản và tập luyện nuốt	80
Rối loạn chức năng nuốt và quản lý dinh dưỡng sau đột quy não.....	83
Hướng dẫn cách cho ăn người bệnh đột quy não rối loạn nuốt.....	86
Chương trình hướng dẫn ăn uống tại nhà cho người bệnh đột quy rối loạn nuốt.....	91

Lời tựa

Từ năm 2015, dự án “Hỗ trợ cải thiện chất lượng chăm sóc đột quy” được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai nằm trong chương trình “Thúc đẩy công nghệ và dịch vụ chăm sóc y tế quốc tế” của Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi xã hội Nhật Bản, với sự tham gia của Trung tâm Quốc gia về Y tế và Sức khỏe toàn cầu Nhật Bản (NCGM). Với mục đích hỗ trợ cải thiện về chuyên môn, tăng cường chất lượng chăm sóc và điều trị cho người bệnh đột quy một cách toàn diện, dự án đã được triển khai với sự tham gia của nhiều chuyên khoa khác nhau như Phẫu thuật thần kinh, Phục hồi chức năng, Dinh dưỡng lâm sàng, Dược lâm sàng và Thần kinh. Sau 3 năm triển khai, dự án đã đạt được nhiều thành quả như: triển khai phối hợp hoạt động nhóm đa chuyên ngành trong chăm sóc đột quy, xây dựng quy trình vận động sớm sau đột quy, xây dựng quy trình sàng lọc nuốt cho người bệnh đột quy, xây dựng các chế độ ăn cho người bệnh rối loạn nuốt... đem lại hiệu quả thiết thực và nâng cao chất lượng chăm sóc cho những người bệnh đột quy não tại Bệnh viện Bạch Mai.

Cuốn tài liệu này được các bác sỹ, kỹ thuật viên Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai biên soạn dựa trên những bài giảng, những kinh nghiệm và kỹ năng lâm sàng được đúc kết trong quá trình học tập và công tác tại NCGM. Việc xây dựng bộ tài liệu giảng dạy là một trong những chỉ tiêu đánh ra chất lượng đầu ra của dự án nhằm truyền tải một cách sâu rộng các kiến thức linh hội được từ dự án đến các bệnh viện tuyến cơ sở, bệnh viện vệ tinh, đội ngũ nhân viên y tế trên cả nước và người chăm sóc.

Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành đến những giảng viên và thành viên của dự án từ phía NCGM đã giúp đỡ và hỗ trợ để hoàn thành cuốn tài liệu này.

Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai

GS.TS. Nguyễn Quang Tuấn



Hợp tác giữa Bệnh viện Bạch Mai và Trung tâm Quốc gia về Sức khỏe và Y tế toàn cầu (NCGM) bắt đầu từ năm 2000, thông qua Dự án Tăng cường Chức năng Bệnh viện Bạch Mai, hiện nay hoạt động hợp tác quốc tế về y tế vẫn được thực hiện ngay cả khi dự án đã kết thúc. Từ năm 2015, “Dự án y tế nhóm ngoại khoa với trung tâm chính là Bệnh viện Bạch Mai” đã được triển khai thực hiện và năm nay hợp tác giữa hai bệnh viện cũng bước sang năm thứ 20. Trong Dự án nhóm chăm sóc ngoại khoa, nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế chất lượng cao cho bệnh nhân đột quỵ, khoa Phẫu thuật thần kinh, khoa Phục hồi chức năng, phòng Điều dưỡng, Trung tâm dinh dưỡng (nhóm đột quỵ), khoa Dược, khoa Điều trị tích cực, khoa Gây mê (nhóm chu phẫu), phòng công nghệ lâm sàng (Nhóm thiết bị y tế (ME), hợp tác ở Dự án khác từ năm 2020) hiện đang phối hợp và triển khai hoạt động như là một nhóm.

Bối cảnh để triển khai hoạt động này là tại Việt Nam những năm gần đây cùng với sự phát triển của kinh tế, thói quen sống cũng bị Tây hóa, số lượng bệnh nhân đột quỵ - một trong những bệnh không lây nhiễm đi kèm với già hóa dân số, tăng lên đáng kể. Trong năm 2017, có khoảng 200 ngàn bệnh nhân đột quỵ, khoảng một nửa trong số đó tử vong và ngay cả khi giữ được tính mạng thì 90% bệnh nhân sẽ để lại di chứng (theo Bộ Y tế Việt Nam). Trong thời gian tới, việc nâng cao trình độ khám chữa bệnh đột quỵ hết sức quan trọng nhằm kéo dài tuổi thọ khỏe mạnh của người dân. Để thực hiện điều đó, ngoài việc nâng cao kỹ thuật điều trị ngoại khoa, việc thực hiện đồng thời dự phòng tiền phát đột quỵ và can thiệp phục hồi chức năng sớm theo nhóm là điều không thể thiếu.

Dự án này bắt đầu từ năm 2015, đến nay là năm thứ sáu và đã có thể cung cấp một số dịch vụ chăm sóc chất lượng cao, kỳ vọng giúp người bệnh hồi phục nhanh chóng như dịch vụ phục hồi chức năng rời giường sớm và cung cấp suất ăn phù hợp với tình trạng khó nuốt ở những bệnh nhân dinh dưỡng qua sonde sau phẫu thuật thần kinh. Tài liệu đào tạo này là một thành quả rất lớn của Dự án, do Bệnh viện Bạch Mai phối hợp với Chuyên gia NCGM xây dựng, rất dễ hiểu về mặt trực quan. Tại Việt Nam, dường như vẫn thiếu những bác sỹ chuyên về phục hồi chức năng, thiếu những nhân viên y tế làm PT, ST, tuy nhiên chúng tôi hy vọng cuốn sách này sẽ được nhân rộng ra toàn quốc giống như cuốn “kim chỉ nam” bắt đầu từ Bệnh viện Bạch Mai – một bệnh viện tuyến cuối và người bệnh đang mang trong mình di chứng của bệnh đột quỵ có thể hòa nhập xã hội trong thời gian sớm nhất.

Hiện tại, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã đưa ra “Phục hồi chức năng WHO 2030” và nêu rõ sự cần thiết hợp của hợp tác nhiều bên liên quan, với nhận thức tầm quan trọng của phục hồi chức năng để đạt được các mục tiêu phát triển bền vững (SDGs), trong khi gánh nặng của các bệnh không lây nhiễm như đột quỵ ngày càng gia tăng. Trong thời điểm như vậy, Tôi rất vui khi thấy thành quả hợp tác Việt Nhật được đánh dấu bằng sự ra đời của cuốn sách về Phục hồi chức năng. Xin cảm ơn GS.TS. Nguyễn Quang Tuấn – Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai, PGS.TS. Lương Tuấn Khanh – Giám đốc Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai, TS. FUJITANI Junko, Trưởng khoa Phục hồi Chức năng NCGM, cùng toàn các anh chị em có liên quan đã tạo cơ hội để Tôi có thể viết lời nói đầu cho cuốn sách này.

Cuối cùng, cầu chúc cho mối quan hệ hữu nghị giữa Việt Nam và Nhật Bản cũng như chúc cho mối quan hệ hợp tác giữa Bệnh viện Bạch Mai và NCGM ngày càng phát triển.

Ngày 3 tháng 11 năm 2020

HARA Tetsuo, MD, Ph.D

Phó Giám đốc Bệnh viện Trung tâm NCMG

Giám đốc Trung tâm đột quỵ

テキスト “脳卒中の早期リハビリテーション” 上梓に寄せて

バックマイ病院と国立国際医療研究センター（NCGM）は、2000年から開始された「バックマイ病院プロジェクト」を契機として、プロジェクト終了後も医療を通じた国際協力を続けてきました。2015年からは厚生労働省の医療技術等国際展開推進事業による「バックマイ病院を拠点とした外科系チーム医療プロジェクト」が始まっており、本年はちょうど20年の節目を迎えます。外科系チーム医療プロジェクトでは、脳卒中患者へ質の高い医療やケアを提供するため、脳神経外科、リハビリテーション科、看護部、栄養センター（脳卒中チーム）、薬剤部、集中治療科、麻酔科（周術期チーム）、臨床工学科（MEチーム、2020年～別プロジェクトで協力）が連携し、チームとして活動しています。この活動をはじめた背景には、ベトナムでは近年の経済的な発展に伴い生活習慣が欧米化し、社会の高齢化と共に非感染性疾患の1つである脳卒中患者の増加が著しいことがあります。2017年には年間約20万人の脳卒中患者が発症、その約半数は死亡、命をとりとめることができても90%の患者は後遺症を残すといわれています（Vietnam Ministry of Healthより）。今後は脳卒中診療のレベルアップを図ることが国民の健康寿命を延ばすためにはきわめて重要です。そのためには外科治療の技術の向上に加え、脳卒中の一次予防や早期からのリハビリテーションの介入などをチームとして同時に進めていくことが必須です。

2015年から始まったこのプロジェクトも本年で6年目を迎えますが、脳神経外科の手術後の患者に、これまでより早く早期離床のリハビリテーションを提供できるようになったり、飲み込み（嚥下）が困難で経管栄養となっていた患者に、障害の程度にあった食事を経口で提供できるようになるなど、患者の早期回復が期待できる、質の高いケアをいくつも提供できるようになりました。本テキストは、バックマイ病院とNCGMの専門家の協力で作られた、プロジェクトの大きな成果の1つで、視覚的にも非常にわかりやすいものとなっています。ベトナムではリハビリテーション専門医やPT、STとして従事する医療者がまだまだ不足していると思われるのですが、本テキストがtop referral hospitalであるバックマイ病院発の“バイブル”として全国に広まり、脳卒中後遺症に悩む患者が一日でも早く社会復帰できるよう心から祈願いたします。

おりしも、WHOは「WHOリハビリテーション2030」を掲げ、脳卒中をはじめとする非感染性疾患の疾病負荷が高まっているなか、Sustainable Development Goals (SDGs)を達成するためには、リハビリテーションの重要性を認識し、多くのステークホルダーが協力して取り組むことが必要であると述べています。このような時期に、日越の協力の成果がこのようなりハビリテーションのテキストとして書籍化されることを大変うれしく思います。ここに本テキストを上梓できることをバックマイ病院 グエン・クアン・トゥン病院長、同リハビリテーションセンター ルオン・トゥン・カイン センター長、NCGMリハビリテーション科 藤谷順子医長をはじめ関係していただいたすべての皆様にあらためて感謝申し上げます。

最後になりますが、今後の日越のますますの友好と、バックマイ病院とNCGMのさらなる協力関係の発展を祈念いたします。

2020年11月3日
国立国際医療研究センター センター病院
副院長・脳卒中センター長
原 徹男



Đột quy là bệnh xảy ra đột ngột, để để lại hậu quả di chứng như liệt, do đó hồi phục chức năng đối với người bệnh đột quy rất quan trọng. Ngày nay, với sự tiến bộ của y học, người ta thấy rằng phục hồi chức năng giai đoạn cấp góp phần phục hồi tiên lượng cho người bệnh. Quan điểm trước đây thường cho rằng, phục hồi chức năng được thực hiện sau khi có di chứng, tuy nhiên hiện nay, phục hồi chức năng từ giai đoạn cấp có tác động đến tính mềm dẻo của não và có thể thúc đẩy cải thiện tình trạng. Thực hiện phục hồi chức năng chất lượng cao ngay từ giai đoạn cấp bằng y tế nhóm, với sự phối hợp của bác sỹ ngoại thần kinh, bác sỹ nội thần kinh, điều dưỡng, dược sỹ và dinh dưỡng viên góp phần hồi phục chức năng và nâng cao tỷ lệ hòa nhập xã hội của người bệnh đột quy.

Trong khuôn khổ hỗ trợ của Chương trình Thúc đẩy triển khai Kỹ thuật y tế quốc tế của Bộ Y tế Lao động và Phúc lợi xã hội Nhật Bản, trong vài năm gần đây, Tôi đã tham gia Dự án nâng cao chất lượng y tế nhóm điều trị chăm sóc người bệnh đột quy giai đoạn cấp tại Bệnh viện Bạch Mai. Tôi rất vui khi thấy Tài liệu Phục hồi Chức năng giai đoạn cấp cho người bệnh đột quy, một thành quả hợp tác giữa cán bộ y tế của Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai và Trung tâm Quốc gia về Y tế và Sức khỏe toàn cầu Nhật Bản (NCGM), đã hoàn thành.

Tôi hy vọng, cuốn Tài liệu này sẽ góp phần nâng cao chất lượng y tế cho người bệnh đột quy và giúp ích cho các cán bộ y tế làm việc trong lĩnh vực phục hồi chức năng tham gia hoạt động khám chữa bệnh cho người bệnh đột quy.

FUJITANI Junko, MD, Ph.D.

Trưởng khoa

Khoa Phục hồi Chức năng, Bệnh viện Trung tâm
Trung tâm Quốc gia về Y tế và Sức khỏe toàn cầu Nhật Bản

脳卒中は、突然発症して、麻痺などの後遺症を残す疾患であり、発症した患者さんにとっての機能回復はたいへん重要です。こんにち、医学の進歩とともに、急性期のリハビリテーションが、患者さんの予後回復に寄与することがわかってきました。リハビリテーションは、従来は、後遺症が残ってから行うものと思われがちでしたが、今や、急性期から行うことで、脳の可塑性に働きかけ、改善を推進することができます。急性期から、質の高いリハビリテーションを行い、脳外科医・神経内科医・看護師・薬剤師・栄養士と共にチーム医療を行うことが、脳卒中の患者の機能回復と社会復帰率の向上に寄与します。

私たちは、日本の厚生労働省医療技術等国際展開推進事業の支援を受けて、数年間にわたり、ベトナム国バックマイ病院における脳卒中急性期チーム医療の質の向上を推進するプロジェクトにかかわってきました。ベトナム国バックマイ病院リハビリテーション科の皆さんと、日本の国立国際医療研究センターの協力の成果として、このたび、脳卒中の急性期リハビリテーションの教科書が完成したことをたいへんうれしく思います。

このテキストが、ベトナム国における、脳卒中患者さんへの医療の質の向上に寄与し、その診療に携わるリハビリテーション医療職の皆さんの助けになることを祈念いたします。

国立国際医療研究センター
センター病院リハビリテーション科
科長 藤谷順子



CHƯƠNG 1

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SỚM SAU ĐỘT QUY NÃO

- Nhóm phục hồi chức năng đa chuyên ngành đột quy não
- Vận động sớm sau đột quy não
- Tiêu chuẩn bắt đầu, tiêu chuẩn dừng tập phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy giai đoạn cấp
- Quy trình phục hồi chức năng rời giường sớm cho người bệnh đột quy
- Vận động trị liệu cho người bệnh đột quy
- Phục hồi chức năng hô hấp cho người bệnh đột quy
- Chương trình hướng dẫn tập luyện tại nhà cho người bệnh đột quy
- Lượng giá chức năng chi trên cho người bệnh đột quy theo thang điểm Brunstrom
- Rối loạn chức năng cao cấp của não sau đột quy

NHÓM PHỤC HỒI CHỨC NĂNG ĐA CHUYÊN NGÀNH ĐỘT QUY NÃO

PGS.TS. Nguyễn Thị Kim Liên

Mục tiêu

1. **Mô tả được khái niệm nhóm phục hồi chức năng đa chuyên ngành**
2. **Trình bày được vai trò của nhóm phục hồi chức năng đa chuyên ngành trong điều trị người bệnh đột quy não**
3. **Mô tả được chức năng, nhiệm vụ cụ thể của từng thành viên trong nhóm phục hồi chức năng đa chuyên ngành đột quy não**

1. KHÁI NIỆM NHÓM PHỤC HỒI ĐA CHUYÊN NGÀNH

Nhóm phục hồi đa chuyên ngành (Multidisciplinary team – MDT) là nhóm nhân viên y tế bao gồm: Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng (PHCN) làm trưởng nhóm, điều dưỡng PHCN, kỹ thuật viên vật lý trị liệu-PHCN, kỹ thuật viên hoạt động trị liệu, kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu, kỹ thuật viên chỉnh hình; người khuyết tật và gia đình người khuyết tật. Nhóm phục hồi đa chuyên ngành kết hợp các kỹ năng về y học, điều dưỡng và các chuyên ngành sức khỏe khác và có thể liên quan đến các dịch vụ xã hội, giáo dục và hướng nghiệp để lượng giá, điều trị, đánh giá lại định kỳ, lập kế hoạch xuất viện và theo dõi. Để xây dựng MDT cần phải đáp ứng những vấn đề sau đây:

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

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh là những người bệnh Đột quy não nếu được điều trị bởi một nhóm chuyên khoa sâu về Đột quy não làm việc chung tại một cơ sở (đơn vị Đột quy não) sẽ có một kết quả thuận lợi hơn về tỷ lệ sống sót, thời gian nằm viện và sự độc lập trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày, so với khi được chăm sóc thông thường tại một khoa phòng không chuyên (theo Hiệp hội Vật lý trị liệu Hoàng Gia Hà Lan KNGF, 2014).



Hình 1. Nhóm phục hồi chức năng đa chuyên ngành người bệnh đột quỵ não

Như vậy, một nhóm PHCN đột quỵ đa chuyên ngành cơ bản (Hình 1) cần bao gồm các chuyên gia sau đây có kinh nghiệm về phục hồi chức năng đột quỵ (theo Viện Quốc gia Chuyên sâu về Sức khoẻ và Chăm sóc NICE, 2013):

- Bác sĩ PHCN
- Bác sĩ chuyên khoa liên quan (Khoa Phẫu thuật thần kinh, nội thần kinh, chẩn đoán hình ảnh...)
- Điều dưỡng
- Kỹ thuật viên (KTV) vật lý trị liệu
- KTV hoạt động trị liệu
- KTV ngôn ngữ trị liệu
- KTV chỉnh hình
- Các nhà tâm lý học lâm sàng
- Các trợ lý PHCN
- Nhân viên xã hội

Các tiếp cận của Nhóm phục hồi đa chuyên ngành sử dụng các kỹ năng và kinh nghiệm của các chuyên gia từ các lĩnh vực khác nhau, mỗi lĩnh vực tiếp cận Người bệnh theo quan điểm riêng trong các buổi tư vấn điều trị riêng biệt. Một tiếp cận nhóm đa chuyên ngành tích hợp các tiếp cận mỗi ngành riêng biệt trong một buổi tư vấn điều trị duy nhất. Nghĩa là, việc hỏi bệnh, lượng giá, chẩn đoán, can thiệp và các mục tiêu xử lý ngắn hạn và dài hạn được thực hiện bởi nhóm, cùng với người bệnh, tại một thời điểm. Người bệnh tham gia mật thiết đến bất kỳ cuộc thảo luận nào về tình trạng hoặc tiên lượng của họ và các kế hoạch chăm sóc cho họ.

Nhóm đa chuyên ngành cần phối hợp chặt chẽ và rõ ràng để cung cấp chăm sóc PHCN hướng mục tiêu và lấy người bệnh làm trung tâm cho mỗi người bệnh và gia đình họ. Cách tiếp cận này có nghĩa là khi có chỉ định, cần phải phối hợp lượng giá và can thiệp để nâng cao các kết quả phục hồi. Các thành viên cốt lõi của nhóm Đột quỵ não đa ngành cần sàng lọc các khiếm khuyết và giảm khả năng trên người bệnh Đột quỵ não, để nắm thông tin và hướng dẫn việc lượng giá và điều trị tiếp theo.

2. VAI TRÒ, NHIỆM VỤ CỦA CÁC THÀNH VIÊN TRONG NHÓM PHỤC HỒI CHỨC NĂNG ĐA CHUYÊN NGÀNH ĐỘT QUY NÃO

2.1. BÁC SĨ

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

Vai trò của bác sĩ trong nhóm PHCN đa chuyên ngành đột quỵ bao gồm:

- Chẩn đoán bệnh
- Thực hiện chăm sóc y tế toàn diện
- Xác định nguyên nhân đột quỵ và phòng ngừa đột quỵ thứ phát
- Cung cấp thông tin và tư vấn cho người bệnh đột quỵ/gia đình/người chăm sóc
- Chẩn đoán và điều trị các biến chứng do đột quỵ và bệnh kèm theo
- Lãnh đạo nhóm đột quỵ/điều phối nhóm đột quỵ
- Xây dựng và phát triển dịch vụ y tế
- Kiểm định chất lượng/Nghiên cứu
- Cung cấp các hướng dẫn lâm sàng tại địa phương
- Chuyển những nghiên cứu cập nhật thành thực hành lâm sàng

2.2. ĐIỀU DƯỠNG

Điều dưỡng phục hồi chức năng là một khái niệm mở rộng về điều dưỡng. Người điều dưỡng phải đảm nhận một lúc 4 vai trò:

1. Trực tiếp thực hiện công tác điều dưỡng trên giường bệnh;
2. Phối hợp mọi hoạt động chăm sóc y tế - phục hồi chức năng cho người bệnh của các thành viên trong nhóm phục hồi;
3. Giáo dục hướng dẫn cho người bệnh và gia đình họ cách chăm sóc và phục hồi chức năng cho bản thân;
4. Là người tạo sự liên lạc giữa các thành viên trong nhóm phục hồi.

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



Vai trò của điều dưỡng trong nhóm phục hồi đa chuyên ngành đột quỵ não:

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

2.3. KỸ THUẬT VIÊN VẬT LÝ TRỊ LIỆU (KTV VLTL)

Vật lý trị liệu (VLTL) là một chuyên ngành chăm sóc sức khỏe làm việc với người bệnh để xác định và gia tăng tối đa khả năng di chuyển và chức năng của họ, và vận động chức năng là một phần quan trọng của sức khỏe (Hiệp hội Vật lý trị liệu Anh, 2010). Kỹ thuật viên tập trung vào “tăng cường khả năng vận động tối đa nhằm mục đích phòng ngừa, chữa trị và phục hồi người bệnh hoặc nạn nhân để có thể cải thiện sức khỏe và khả năng của họ”.

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

Can thiệp vật lý trị liệu cho người bệnh đột quỵ cần được tiếp tục cho đến khi người bệnh có thể tự mình duy trì hoặc cải thiện chức năng hoặc với sự trợ giúp của người khác như trợ lý phục hồi chức năng, các thành viên trong gia đình/người chăm sóc hoặc huấn luyện viên thể dục. KTV VLTL lập kế hoạch và thực hiện điều trị cho từng người bệnh, dựa trên lượng giá các vấn đề riêng của người bệnh, thiết lập và hoàn thành các mục tiêu ngắn hạn và dài hạn có liên quan sau khi đã thảo luận với người bệnh, người chăm sóc và các thành viên khác trong nhóm.

KTV VLTL hoạt động gần gũi và mật thiết với những người bệnh đột quỵ và có khả năng giao tiếp và đồng cảm với người bệnh trong những hoàn cảnh khó khăn nhất. KTV VLTL cần hướng đến một tiếp cận dựa trên bằng chứng để PHCN đột quỵ thông qua đào tạo thường xuyên và cập nhật; các hoạt động điều tra, đánh giá chất lượng chăm sóc và nghiên cứu.

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

Vai trò của kỹ thuật viên Vật lý trị liệu:

Lượng giá: Xác định các năng lực vận động hiện tại và tiềm năng vận động, cụ thể là lượng giá:

- Chức năng hô hấp

- Trương lực cơ
- Cơ lực
- Thăng bằng và tầm vận động khớp
- Tình trạng vận động chức năng
- Cảm giác
- Nhận thức thị giác không gian
- Hội chứng lãng quên nửa người, giảm tập trung chú ý
- Hoạt động bù trừ
- Khả năng di chuyển như là dịch chuyển, đi, lên xuống cầu thang

Can thiệp

- Thực hiện PHCN có kế hoạch, theo từng giai đoạn để đáp ứng các mục tiêu đã được thống nhất
- Liên lạc và phối hợp với gia đình/người chăm sóc trong quá trình phục hồi
- Giáo dục gia đình/người chăm sóc
- Kiểm định lại chất lượng chăm sóc và nghiên cứu lâm sàng
- Chuyển những nghiên cứu cập nhật sang thực hành lâm sàng
- Bảo đảm giữ liên lạc thường xuyên với các chuyên gia y tế khác trong tỉnh/cộng đồng để hỗ trợ hệ thống chuyển tuyến

2.4. KỸ THUẬT VIÊN HOẠT ĐỘNG TRỊ LIỆU (KTV HĐTL)

Tất cả người bệnh đột quy cần tiếp cận với một KTV HĐTL có kiến thức và kinh nghiệm chuyên về chăm sóc thần kinh. Các KTV HĐTL hoạt động với những người bệnh đột quy nhằm tối ưu khả năng tham gia và độc lập của người bệnh với tất cả các hoạt động hàng ngày (bao gồm tự chăm sóc như tắm rửa, mặc quần áo và ăn uống, kết hợp với giải trí và sinh kế). Điều này có thể đạt được thông qua gia tăng sự hồi phục chức năng (bao gồm cả chức năng vận động, nhận thức hoặc nhận cảm) hoặc bằng những thay đổi thích ứng với nhiệm vụ hoặc môi trường.

Các KTV HĐTL hoạt động trong cả giai đoạn cấp và giai đoạn PHCN và tiến hành can thiệp dựa trên lượng giá các vấn đề riêng của mỗi Người bệnh. Trong trường hợp không có KTV HĐTL, các hoạt động cơ bản kể trên của Hoạt động trị liệu cần được thực hiện phối hợp bởi các thành viên còn lại của nhóm đa chuyên ngành.

Vai trò của Kỹ thuật viên Hoạt động trị liệu:

Lượng giá

- Áp dụng phương pháp phân tích hoạt động, với việc xác định các thành phần của một hoạt động cùng với những hạn chế của cá nhân trong việc thực hiện chúng
- Lượng giá các kỹ năng ảnh hưởng đến hoạt động hiện tại (ví dụ như các khiếm khuyết về cảm giác-vận động, nhận thức, nhận cảm và tâm lý xã hội)
- Lượng giá các kỹ năng tự chăm sóc (ví dụ như tắm rửa, mặc quần áo, ăn uống), các hoạt động ở nhà (ví dụ như mua sắm, nấu ăn, vệ sinh nhà cửa), công việc và giải trí
- Lượng giá môi trường xã hội (ví dụ như gia đình, bạn bè, các mối quan hệ)
- Lượng giá môi trường vật lý (ví dụ như nhà và nơi làm việc)

Can thiệp

- Giúp người bệnh đạt được mức độ độc lập cao nhất có thể được
- Xây dựng lại các kỹ năng thể chất, giác quan, nhận thức và nhận cảm thông qua hoạt động và thực hành
- Thúc đẩy sử dụng các hoạt động có mục đích, hướng đến mục tiêu



- Hướng dẫn các chiến lược mới để hỗ trợ khả năng chức năng tối ưu
- Tư vấn về các thiết bị và thay đổi thích ứng phù hợp để tăng cường độc lập chức năng
- Cung cấp dụng cụ ngồi thích hợp và tư vấn về đặt tư thế
- Tư vấn và hỗ trợ các vấn đề về giao thông và di chuyển như lái xe
- Tạo điều kiện cho chuyển tiếp quá trình chăm sóc từ giai đoạn cấp qua giai đoạn PHCN và xuất viện
- Liên lạc, làm việc với, và giới thiệu đến các chuyên gia khác với vai trò là một thành viên của nhóm đa chuyên ngành
- Giáo dục người bệnh và người chăm sóc những vấn đề liên quan đến chăm sóc đột quy
- Liên lạc với các nhóm hỗ trợ, và các tổ chức tình nguyện

2.5. KỸ THUẬT VIÊN NGÔN NGỮ TRỊ LIỆU

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

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

Trong trường hợp không có KTV Ngôn ngữ trị liệu, vai trò cơ bản của KTV ngôn ngữ trị liệu nên được thực hiện phối hợp bởi các thành viên còn lại của nhóm đa chuyên ngành sau khi họ đã được đào tạo phù hợp.

Vai trò của Kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu:

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

2.6. KỸ THUẬT VIÊN CHÍNH HÌNH

Kỹ thuật viên chỉnh hình làm việc cùng với KTV vật lý trị liệu/hoạt động trị liệu để lượng giá người bệnh đột quy nếu cần một loại dụng cụ chỉnh hình cụ thể. Dụng cụ này có thể là nẹp để duy trì/gia tăng tầm vận động/tạo thuận vận động ở một khớp, trợ giúp đi lại (ví dụ như dụng cụ chỉnh hình cổ bàn chân để nâng đỡ bàn chân) và hỗ trợ vận động chức năng (ví dụ như gắn vào một cái thìa để giúp người bệnh tự ăn). Cần theo dõi chặt chẽ dụng cụ nhằm đảm bảo dụng cụ được lắp đặt phù hợp, dễ chịu và hoàn thành mục đích của nó. Các dụng cụ chỉnh hình như vậy có thể được sản xuất tại chỗ hoặc được làm sẵn. Ở Việt Nam, kỹ thuật viên chỉnh hình làm việc ở Khoa/Bệnh viện PHCN/phòng khám tư nhân/phi chính phủ hoặc cơ sở sản xuất tư nhân.

2.7. NHÂN VIÊN XÃ HỘI

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

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

2.8. NHÀ TÂM LÝ HỌC LÂM SÀNG

Nhiều người bệnh bị đột quy nặng có thay đổi về cảm xúc, tính cách và khả năng nhận thức suy giảm một phần. Những vấn đề này có thể làm cho người thân/gia đình lo lắng và là một trong những nguyên nhân gây các rối loạn liên quan đến căng thẳng. Nhà tâm lý học lâm sàng làm việc với những người bệnh đột quy bị các khiếm khuyết về trí tuệ/nhận thức, khó khăn về hành vi và hoạt động hàng ngày, các vấn đề về cảm xúc và quan hệ giữa các cá nhân. Họ cũng làm việc với gia đình/người chăm sóc để điều chỉnh và hiểu về các khiếm khuyết về nhận thức của người thân của Người bệnh. Các nhà tâm lý học lâm sàng có thể tham gia hoạt động cả trong giai đoạn cấp lẫn giai đoạn PHCN.

2.9. CHUYÊN VIÊN DINH DƯỠNG

Các chuyên viên dinh dưỡng làm việc với những người bệnh đột quy và gia đình/người chăm sóc cần điều trị dinh dưỡng y học bao gồm chế độ ăn uống cần thay đổi kết cấu và cho ăn qua ống thông dạ dày cũng như những người có nguy cơ hoặc bị suy dinh dưỡng. Họ cũng giáo dục và tư vấn để thay đổi các yếu tố nguy cơ và xử lý các bệnh kèm như những người bệnh có nhu cầu chế độ ăn uống đa dạng (ví dụ như đái tháo đường, tăng lipid máu, cao huyết áp và khó nuốt). Nếu không có chuyên viên dinh dưỡng chính thức thì bác sĩ hoặc điều dưỡng được huấn luyện chuyên môn có thể đảm nhiệm vai trò này.

Nhóm đa chuyên ngành cũng có thể được mở rộng để bao gồm các bác sĩ tâm thần, bác sĩ nhãn khoa cũng như các trợ lý kỹ thuật viên tùy theo từng trường hợp người bệnh và khả năng sẵn có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009). *Vật lý trị liệu Phục hồi chức năng*. Sách giáo khoa cho sinh viên đa khoa. NXB Y học.
2. Bộ Y tế (2012). Cục Quản lý khám chữa bệnh. *Tăng cường năng lực quản lý điều dưỡng*.
3. Bộ Y tế (2019). *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy. Hướng dẫn chung*.
4. National Institute for health and Care Excellence (NICE) (2013) Guidelines. *Stroke Rehabilitation: Long term Rehabilitation After Stroke*.
5. KNGF. (2014) *Clinical Practice Guideline for Physical Therapy in patients with stroke*.



VẬN ĐỘNG SỚM SAU ĐỘT QUY

PGS. TS. Lương Tuấn Khanh

Mục tiêu

1. Trình bày được khái niệm vận động sớm sau đột quy não và một số nghiên cứu lâm sàng liên quan đến vận động sớm sau đột quy não
2. Trình bày được một số hướng dẫn điều trị vận động sớm sau đột quy não trên thế giới và áp dụng trên thực hành lâm sàng

1. ĐẠI CƯƠNG VẬN ĐỘNG SỚM SAU ĐỘT QUY NÃO

1.1. VẬN ĐỘNG SAU ĐỘT QUY

- Vận động (Mobilization) là chương trình tái tập luyện cho người bệnh đứng hoặc đi lại do Kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng thực hiện suốt thời gian nằm viện
- Một số tác giả khác: Vận động đơn giản là vận động các chi thể của người bệnh trên giường hoặc cho bệnh nhân ngồi dậy khỏi giường.
- Theo Hiệp hội Tim mạch và Đột quy Hoa Kỳ (AHA/ASA) năm 2016 và Khuyến cáo thực hành điều trị đột quy Canada (Canadian Stroke Best Practice Recommendation) “Vận động là một quá trình cho người bệnh vận động trên giường, ngồi dậy, đứng lên và cuối cùng là đi lại” [1].

1.2. VẬN ĐỘNG NHƯ THẾ NÀO?

Mức độ vận động thường tùy theo từng cá nhân ở đơn vị đột quy [1]

- Vận động thụ động /chủ động khi nằm trên giường
- Ngồi bên mép giường
- Ra khỏi giường
 - » Ngồi trên ghế
 - » Đứng lên
 - » Đi lại

Olkowski và Shah (2017) chia các mức độ hoạt động như sau [2]

	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4
Nơi thực hiện	Trên giường	Trên giường Mép giường	Ghế cạnh giường Khung đứng	Phòng bệnh Lối đi
Hoạt động	Nâng đầu cao dần lên	Vận động trên giường Ngồi ra mép giường	Di chuyển ngồi sang ghế Đứng với khung	Đi lại
Các bài tập	Tập ROM thụ động Tập ROM chủ động	Tập ROM thụ động Tập ROM chủ động, Tập với (Reaching)	Tập ROM chủ động Chuyển trọng lượng	Tập sức bền Tập hai tác vụ kép Tập thăng bằng
Tập chức năng	Đặt tư thế Vận động trên giường	Đặt tư thế Vận động trên giường Tư thế Tập ngồi thăng bằng	Tư thế Tập di chuyển Thăng bằng đứng ADL	Dáng đi (cầu thang) Thăng bằng động Tư thế ADL
Giáo dục	Đặt tư thế Hướng dẫn người nhà	Đặt tư thế Hướng dẫn người nhà an toàn	An toàn Hướng dẫn người nhà dụng cụ trợ giúp	An toàn Hướng dẫn người nhà dụng cụ trợ giúp
Mục tiêu	Thích ứng với việc ngồi dậy	Thăng bằng ngồi	Thăng bằng đứng, Các hoạt động với khung	Sức mạnh Thăng bằng dáng đi Sức bền

1.3. VẬN ĐỘNG SỚM

“**Vận động sớm**” lần đầu đưa ra tranh luận tại Thụy Điển giữa những năm 1980, được khuyến cáo trong một số hướng dẫn ở Na Uy và Thụy Điển.

Đầu những năm 1990, Indredavik B và Cs [3] đã công bố các kết quả nghiên cứu tỷ lệ tử vong và tàn tật ở người bệnh được vận động sớm tại đơn vị đột quỵ giảm so với tại đơn vị chăm sóc chung.

Tất cả các hướng dẫn trên thế giới đều khuyến cáo vận động sớm nhưng không quy định cụ thể thời điểm bắt đầu và các bước để tăng dần hoạt động.

Đồng thuận trong đa số nghiên cứu hiện nay:

- **Vận động Sớm: 24-72 h**
- **Vận động Rất sớm: trong vòng 24 h (<24h) [4]**



1.4. HIỆU QUẢ CỦA VẬN ĐỘNG SỚM [4]

- Giảm các biến chứng liên quan đến nằm lâu
- Thúc đẩy quá trình hồi phục của não, các hoạt động chức năng được cải thiện nhanh hơn và tốt hơn
- Rút ngắn thời gian nằm viện, giảm chi phí

Theo Khuyến cáo thực hành điều trị đột quỵ Canada (Canadian Stroke Best Practice Recommendation) vận động sớm giúp cho [1]:

- Quá trình phục hồi tốt hơn
- Các chỉ số chức năng được cải thiện
- Giảm các biến chứng hô hấp do nằm lâu
- Hiệu quả đối với chăm sóc điều dưỡng: trong phòng ngừa các biến chứng và xử lý các vấn đề da, ruột...

2. BẰNG CHỨNG LÂM SÀNG

2.1. CÁC NGHIÊN CỨU VỀ VẬN ĐỘNG SỚM (EARLY MOBILISATION - EM)

Diserens và Cs (2012) – thực hiện **nghiên cứu Lausanne** tại Thụy Sĩ, tiến hành trên 42 người bệnh nhồi máu não: Trong vòng 24 giờ đầu, đầu người bệnh ở tư thế 0 độ, sau đó nâng đầu lên 45 độ trong 24 h tiếp theo và sau 52 h kỹ thuật viên cho người bệnh ra khỏi giường chuyển sang tư thế ngồi hoặc đứng [5]

Poletto và Cs (2015) tại Brazil, nghiên cứu 39 người bệnh nhồi máu não: Bắt đầu vận động trong vòng 48h sau đột quỵ. Kỹ thuật viên cho người bệnh ra khỏi giường, ngồi lên ghế hoặc đứng (càng sớm càng tốt) và hướng dẫn tập chức năng (theo Bobath), các bài tập cả hai bên, ít nhất 5 lần mỗi khớp, tập trung nhiều phía bên liệt [6].

2.2. CÁC NGHIÊN CỨU VỀ VẬN ĐỘNG RẤT SỚM (VERY EARLY MOBILIZATION- VEM)

Langhorne và Cs (2010) **Nghiên cứu VERITAS** (Very Early Rehabilitation or Intensive Telemetry After Stroke trial) tại Úc và Anh, trên 32 người bệnh (nhồi máu + chảy máu não) [7]

Sundseth A và Cs (2012) **Nghiên cứu AKEMIS** (Akersaus Early Mobilization in Stroke Study) do tại Na Uy, với 56 bệnh nhân [8]

Chippala và Cs (2016) tại Ấn độ, tiến hành nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên, mù đơn hiệu quả vận động rất sớm trên 86 bệnh nhân đột quỵ cấp [9]

Tất cả các nghiên cứu trên đều so sánh với điều trị thường quy.

Bernhardt J và Cs [10] tiến hành nghiên cứu AVERT (A Very Early Rehabilitation Trial) là một nghiên cứu lớn đa trung tâm về vai trò của phục hồi chức năng RẤT SỚM (trong vòng 24h)

- Nghiên cứu AVERT pha II (2009) tại Úc, bắt đầu năm 2004, (n=71), đưa ra kết luận
 - » Những người bệnh ở nhóm vận động rất sớm và tích cực có khả năng đi lại sớm hơn đáng kể so với nhóm nhận điều trị thường quy
 - » PHCN rất sớm là an toàn và khả thi
- **Nghiên cứu AVERT pha III (2014)**, bắt đầu từ 2006, tại 5 quốc gia: Úc, NewZealand, Malaysia, Singapore và Liên hiệp Anh, với 56 đơn vị đột quỵ, trên 2014 bệnh nhân, bao gồm cả người bệnh chảy máu não và người bệnh điều trị tPA (trong đó 1054 bệnh nhân được PHCN

rất sớm/1050 bệnh nhân được tập thường quy), trung bình 6 lần tập/ngày, đánh giá sau 3 tháng.

Kết quả: Sau 3 tháng theo dõi, nhóm tập vận động rất sớm cho kết cục điểm chức năng mRS thấp hơn so với nhóm được tập thường quy và không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong hoặc các biến chứng liên quan đến bất động giữa 2 nhóm. Tập vận động rất sớm không có hiệu quả hơn trong phục hồi chức năng đi lại so với nhóm chứng

Kết luận nghiên cứu AVERT

- Chương trình vận động SỚM với cường độ thấp là tốt hơn so với vận động RẤT SỚM với cường độ cao, thường xuyên
- Người bệnh không nên vận động quá sớm – tập thụ động là tốt nhất trong vòng 24h giờ đầu.
- Không có sự khác biệt ở những người bệnh được tiêu sợi huyết bằng tPA
- PHCN sớm hơn, nhiều hơn có thể có hại cho người bệnh chảy máu não và nhồi máu não nặng, đặc biệt những người bệnh đột quy nặng (NIHSS >16 điểm)

Các nghiên cứu sau AVERT

- **Nghiên cứu HeadPost** (Head Position in Stroke trial) của *Munoz-Venturelli và Cs* (2015) [11] trên 60 bệnh nhân nhồi máu não.
 - » Mục tiêu: So sánh hiệu quả của giữa tư thế ngồi với đầu cao ($\geq 30^\circ$) với nằm tư thế đầu bằng (0°) trong 24 h đầu tiên khi nhập viện ở người bệnh đột quy cấp. Đánh giá mRS tại tháng thứ 3 sau đột quy
 - » Kết luận: Không có sự khác biệt
- **Nghiên cứu SEVEL** (Stroke and Early Vertical Positioning Trial) của *Herisson và Cs* (2016) [12]. Thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, thực hiện tại Pháp, ở 11 đơn vị đột quy, trên 138 người bệnh nhồi máu não.
 - » So sánh 63 người bệnh ngồi sớm (cho ra khỏi giường và ngồi dậy sớm nhất có thể, trung bình 25,9h, tối thiểu 15 phút) và 75 người bệnh ngồi lên dần dần (Ngày 0: đặt người bệnh trên giường tư thế 30° ; ngày 1: 45° ; ngày 2: 60° ; ngày 3: ngồi dậy khỏi giường, tối thiểu 15 phút). Đánh giá điểm mRS tại tháng thứ 3 sau đột quy
 - » Kết luận: Không có sự khác biệt
- *Logan A và Cs* (2018) [13] - **Nghiên cứu SPIRES** (Standing Practice in Rehabilitation Early after Stroke), nghiên cứu việc cho đứng sớm trong PHCN sớm sau đột quy. Bắt đầu thu thập số liệu từ 12/2016
- *Yanna Tong và Cs* (2019) [14] tiến hành nghiên cứu pilot ngẫu nhiên có nhóm chứng (RCT) trên những bệnh nhân đột quy nhồi máu não nhẹ và vừa, so sánh giữa các nhóm có thời gian tập sớm và rất sớm có cường độ tập tích cực. 248 người bệnh nhồi máu não nhẹ và vừa chia thành 3 nhóm:
 - » 80 người bệnh được vận động sớm thường quy - Early Routine (24-48h sau đột quy, < 1,5h/ ngày)
 - » 86 người bệnh được vận động sớm tích cực - Early Intensive (24-48h sau đột quy, ≥ 3 h/ngày)
 - » 82 người bệnh được vận động rất sớm và tích cực - Very Early Intensive (tập trong 24 h đầu, ≥ 3 h /ngày)
 - » Kết luận: PHCN sau đột quy với các bài tập cường độ cao tại thời điểm 48h (SỚM) có thể có lợi. Tập vận động rất sớm và tích cực không đem lại kết cục tốt sau 3 tháng.



2.3. NGHIÊN CỨU VẬN ĐỘNG SỚM NGƯỜI BỆNH SAU TIÊU SỢI HUYẾT BẰNG TPA

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh tính an toàn của vận động sớm trên những trường hợp nhồi máu não sau tPA tĩnh mạch từ 12-24h

- *Arnold và Cs* (2011) [15] 90% không có biến cố, chỉ có 01 người bệnh tụt huyết áp tư thế không có triệu chứng
- *Arnold và Cs* (2015) [16] : 73% được vận động mà không có biến cố và 89% dung nạp với tất cả các bài tập vận động
 - » 01 người bệnh bị bại nửa người thoáng qua
 - » Người bệnh cần theo dõi sát chức năng sống và các dấu hiệu thần kinh
- *Davis O và Cs* (2013) tiến hành nghiên cứu tập vận động sớm cho người bệnh sau tiêu tPA tĩnh mạch 13-24h [17]
 - » 76% người bệnh không có biến chứng kèm theo vận động
 - » 87% các bài tập vận động được dung nạp mà không có biến cốKhông ghi nhận dấu hiệu thần kinh hoặc chảy máu tại mạch máu can thiệp
- **Nghiên cứu AVERT pha III** có 500 trường hợp điều trị tPA đều an toàn [4]

2.4. NGHIÊN CỨU VẬN ĐỘNG SỚM Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU DƯỚI NHỆN (SUBARACHNOID HEMORRHAGE - SAH)

- *Olkowski BF và Cs* (2013) [18] tiến hành nghiên cứu hồi cứu 25 bệnh nhân được vận động sớm bởi PT/OT sau chảy máu dưới nhện
 - » Trung bình được vận động 3,2 ngày sau chảy máu dưới nhện
 - » Kết quả: Không có trường hợp nào tử vong 30 ngày sau vận động và tác dụng phụ chỉ xảy ra < 6% trường hợp
 - » Kết luận: Vận động sớm cho người bệnh chảy máu dưới nhện là an toàn và khả thi
- Năm 2017 *Karic T và Cs* [19] trong một nghiên cứu vai trò vận động sớm trong chảy máu dưới nhện do dị dạng mạch đã kết luận: Vận động và PHCN sớm sau chảy máu dưới nhện là an toàn và khả thi. PHCN sớm giúp vận động sớm hơn và mức độ cao hơn mà không làm tăng các biến chứng phẫu thuật thần kinh. Co thắt mạch não được giảm bớt nhờ PHCN sớm với việc tập vận động từng bước trong 4 ngày đầu sau phẫu thuật phình mạch, giảm nguy cơ lâm sàng co thắt mạch nặng tới 30%.

2.5. NGHIÊN CỨU VẬN ĐỘNG SỚM Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU NÃO (ICH - INTRACEREBRAL HEMORRHAGE)

Ning Liu và Cs (2014) [20] nghiên cứu sự khác biệt về kết cục chức năng trong vòng 6 tháng giữa hai nhóm chảy máu não có thời gian tập khác nhau [20]

So sánh hai nhóm: Nhóm bắt đầu PHCN trong vòng 48 h sau chảy máu não và nhóm bắt đầu tập PHCN sau 7 ngày.

Kết luận: Nhóm PHCN sớm rút ngắn có ý nghĩa thời gian nằm viện, cải thiện tỷ lệ tử vong và kết quả chức năng dài hạn tại thời điểm 6 tháng sau đột quỵ

3. CẬP NHẬT CÁC HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ TRÊN THẾ GIỚI

Quốc gia/năm	Khuyến cáo
ANH (2008) National Institute of Clinical Excellence -NICE	<p>1.7 Vận động sớm là yếu tố quan trọng trong chăm sóc đột quy cấp. Tư thế ngồi dậy giúp duy trì độ bão hòa Oxy và giảm nguy cơ viêm phổi</p> <p>1.7.1.1. Người bệnh đột quy cấp nên được vận động càng sớm càng tốt (khi điều kiện lâm sàng của họ cho phép), là một phần của chương trình điều trị chủ động trong đơn bị đột quy</p> <p>1.7.1.2 Người bệnh đột quy cấp nên được giúp ngồi dậy càng sớm càng tốt (khi điều kiện lâm sàng của họ cho phép)</p>
NAUY (2010) National guidelines for treatment and rehabilitation by stroke	<ul style="list-style-type: none"> - Tất cả người bệnh đột quy nên nhanh chóng được rời khỏi giường và tất cả thành viên trong nhóm đa chuyên ngành (mức độ II A) cùng tham gia vào vận động người bệnh càng sớm và thường xuyên càng tốt. - Trên lâm sàng, trì hoãn vận động khi HA tối đa > 220 mm Hg hoặc chóng mặt nhiều. Trong những trường hợp này, khuyến cáo đo HA tư thế nằm và ngồi, dừng vận động khi HA tối đa tụt > 30 mmHg và triệu chứng tái xuất hiện. Những người bệnh điều trị bằng thuốc chẹn Beta và/hoặc giảm thể tích tuần hoàn nên được theo dõi đặc biệt cẩn thận - Vận động bao gồm người bệnh chuyển sang tư thế ngồi, đứng lên và đi lại, phụ thuộc vào mức độ chức năng. Tất cả thành viên trong nhóm phục hồi sẽ giúp người bệnh càng sớm và càng thường xuyên càng tốt. Vận động phải được thực hiện 10 phút/ngày, 7 ngày/tuần (mức độ II A)
SCOTLAND (2011) Scottish Intercollegiate	Người bệnh đột quy nên được vận động càng sớm càng tốt (mức độ B)
Hội đột quy châu Âu - European Stroke Organization (2013)	<p>1. Vận động sớm, cho người bệnh ra khỏi giường trong vòng 24 h là nguyên tắc ngay khi tình trạng đột quy ổn định, thể trạng chung và mức độ nặng của đột quy cho phép.</p> <p>2. Vận động sớm và Vật lý trị liệu ít nhất một lần/ngày (7/7 ngày) và, nếu các nguồn lực có thể, tốt nhất là 2 lần/ngày, phù hợp với tình trạng sức khỏe của người bệnh.</p>
Hội đột quy thế giới - World Stroke Organization (2014)	Tất cả người bệnh đột quy cấp nhập viện nên bắt đầu được vận động sớm (từ 24-48 h sau đột quy) nếu như không có các chống chỉ định <i>Các Chống chỉ định vận động sớm bao gồm, nhưng không hạn chế, những người bệnh có thủ thuật can thiệp chọc vào động mạch, tình trạng bệnh lý chưa ổn định, độ bão hòa Oxy thấp và gãy hoặc chấn thương chi dưới</i>
Nursing Research Institute Stroke Coalition (2/2015)	<p>Vận động rất sớm trong vòng 24h đầu cho những người bệnh có tình trạng huyết động và thần kinh ổn định là an toàn và khả thi (IIa, mức độ B)</p> <p><i>Vận động sớm (trong vòng 52h) giúp cho ít biến chứng hơn. Người bệnh có tình trạng huyết động và thần kinh ổn định có thể được vận động ra khỏi giường sang ngồi ghế ngay cả khi tình trạng ý thức còn ức chế (ví dụ: sững sờ, suy giảm, thờ ơ) (IIa)</i></p>



4. THỰC HÀNH LÂM SÀNG VẬN ĐỘNG SỚM

4.1. LƯỢNG GIÁ NGƯỜI BỆNH

- Nhận thức: độ thức tỉnh, lẫn lộn, thờ ơ, lãng quên...
- Giao tiếp: họ có làm theo lệnh? họ có thể diễn đạt nhu cầu của họ?
- Thăng bằng, điều hợp
- Cảm giác
- Mắt: rối loạn thị trường (ví dụ: bán manh, nhìn đôi)
- Kiểm soát đầu và thân mình
- Chức năng chi dưới: các cơ duỗi chịu trọng lượng, các cơ gấp để bước đi
- Chức năng chi trên: quan trọng để sử dụng các dụng cụ trợ giúp khác nhau, ví dụ: gậy, khung tập đi...

4.2. TRƯỚC KHI TIẾN HÀNH VẬN ĐỘNG SỚM

- Phải có sự đồng thuận và phối hợp của tất cả thành viên trong nhóm điều trị
- Kiểm tra y lệnh của bác sĩ liên quan đến mức độ hoạt động. Nên chỉ định bài tập trên giường hay hoạt động rời giường?
- Tìm hiểu, phát hiện mức độ vận động của người bệnh trước khi bị bệnh (cần dụng cụ trợ giúp, thở Oxy tại nhà...)

4.3. AN TOÀN LÀ NGUYÊN TẮC QUAN TRỌNG ĐẦU TIÊN:

- Theo dõi chặt chẽ, kiểm soát tốt huyết áp của người bệnh \Rightarrow giảm nguy cơ tụt huyết áp tư thế, cải thiện tưới máu, giảm thiểu tổn thương não và cải thiện kết quả chức năng sau đột quỵ
- Phải nhạy cảm với những triệu chứng và đáp ứng của người bệnh
- Cần thận trọng đặc biệt là ở những người bệnh bị đột quỵ nặng (Điểm NIHSS > 16 điểm)
- Tôn trọng các chống chỉ định vận động sớm
- Lưu ý các yếu tố đảm bảo an toàn khi tập luyện: người bệnh, kỹ thuật viên, môi trường, dụng cụ...

4.4. VẬN ĐỘNG SỚM TRONG TRƯỜNG HỢP NHỒI MÁU NÃO CẤP

Olkowski & Shah 2017 [2], Sprenkle KJ, Pechulis M 2013 [21]

- Vận động sớm cho loại đột quỵ này **tốt nhất là >24h**
- **ĐẦU TIÊN** phải đạt được sự ổn định sinh lý và huyết động với tư thế ngồi thẳng dậy
- Nâng cao đầu giường trong vòng 24h đầu tiên
- Luôn luôn phải biết thời gian được điều trị tPA (nếu có, < 12h không tập)
- Phải dừng vận động sớm ngay nếu HA **tụt > 30 mmHg**
- HA tăng lên có tác dụng bảo vệ mô não tổn thương, cải thiện tưới máu vùng tranh tối tranh sáng (penumbra)
HA 200/120 mmHg đối với người bệnh nhồi máu não,
HA <185/110 mmHg đối với người bệnh nhồi máu não có tPA.

4.5. Vận động sớm trong trường hợp Chảy máu dưới nhện (Subarachnoid hemorrhage-SAH)

Olkowski & Shah 2017 [2], Sprenkle KJ, Pechulis M 2013 [21]

- Có thể bắt đầu nâng cao đầu giường sau khi phình mạch đã được điều trị (trong vòng 24h)
- Hoạt động rời khỏi giường có thể bắt đầu vào ngày thứ hai (sau 48h)
- Phải xác định nguồn chảy máu đã được điều trị chưa? dẫn lưu não thất ngoài (EVD - External Ventricular Device) được kẹp lại chưa?

- Đảm bảo áp lực nội sọ (ICP) < 20 mm Hg
- Huyết áp nên được duy trì: HA tâm thu 140-160 mm Hg

4.6. VẬN ĐỘNG SỚM TRONG TRƯỜNG HỢP CHẢY MÁU NỘI SỌ (INTRACEREBRAL HEMORRHAGE - ICH)

Olkowski & Shah 2017 [2], Morgenstern LB, 2010 [22].

- Thời điểm an toàn để vận động là trong vòng 48h sau chảy máu não hoặc sau khi chảy máu đã ổn định ít nhất 24h.
- Xác định dẫn lưu não thất ngoài (EVD - External Ventricular Device) được kẹp lại chưa?
- Đảm bảo kiểm soát tốt huyết áp bằng các thuốc trước, trong và sau khi tập
- Huyết áp tâm thu nên được giữ < 140 mm Hg trong quá trình tập VLTL

4.7. NHỮNG KHÓ KHĂN KHI TRIỂN KHAI THỰC HIỆN VẬN ĐỘNG SỚM SAU ĐỘT QUY

- Khó khăn liên quan đến người bệnh: các Chống chỉ định
- Khó khăn liên quan đến nguồn nhân lực và kỹ thuật (ví dụ: các quy trình, thiết bị...)
- Khó khăn liên quan đến đặc điểm nơi điều trị (đơn vị đột quy, ICU...) bao gồm thói quen, thái độ tại mỗi đơn vị
- Khó khăn liên quan đến quá trình thực hiện: như thiếu hợp tác, phân công nhiệm vụ...

5. KẾT LUẬN

- Có những lợi ích rõ ràng của vận động sớm sau đột quy
- Người bệnh đột quy sẽ bắt đầu vận động (trên giường hoặc ngoài giường) trong vòng 48h sau đột quy (*2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke*)
- Hoạt động rời giường sớm (>24h) thường xuyên với thời gian ngắn bao gồm ngồi chủ động, đứng và đi lại được khuyến cáo nếu không có chống chỉ định. Chương trình tập rất sớm (< 24h) với cường độ cao hơn không mang ích lợi, không được khuyến cáo (*Canadian Stroke Best Practice Recommendation*) [1]
- Lồng ghép vận động sớm vào trong các hoạt động chăm sóc thường quy tại đơn vị đột quy

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Casaubon LK et al (2016). *Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Acute Inpatient Stroke Care Guidelines, Update 2015*. International Journal of Stroke; 11(2): 239-252.
2. Olkowski, Omar Shah (2017). *Early mobilization in the Neuro-ICU: How Far Can We Go?* Neurocrit Care. 27:141-150.
3. Indredavik B, Bakke F, Slordahl SA, Rokseth R, Haheim LL (1999). *Treatment in a combined acute and rehabilitation stroke unit: Which aspects are most important?* Stroke; 30:917-923
4. Bernhardt J, English C, Johnson L, Cumming TB (2015). *Early Mobilization after stroke: Early adoption but limited evidence*. Stroke; 46: 1141-1146
5. Diserens K, Moreira T, Hirt L, Faouzi M, Grujic J, Bieler G, et al (2012). *Early mobilization out of bed after ischaemic stroke reduces severe complications but not cerebral blood flow: a randomized controlled pilot trial*. Clinical Rehabilitation;26(5):451-459.
6. Poletto SR et al (2015). *Early Mobilization in Ischemic Stroke: A Pilot Randomized Trial of Safety and Feasibility in a Public Hospital in Brazil*. Cerebrovasc Dis Extra; 5:31-40
7. Langhorne P, Stott D, Knight A, Bernhardt J, Barer D, Watkins C (2010). *Very early rehabilitation or intensive telemetry after stroke: a pilot randomised trial*. Cerebrovascular Diseases; 29:352-60



8. Sundseth A, Thommessen B, Rønning O (2012). *Outcome after mobilization within 24 hours of acute stroke: a randomized controlled trial*. Stroke; 43: 2389–94.
9. Chippala, P. & Sharma, R (2016). *Effect of very early mobilisation on functional status in patients with acute stroke: a single-blind, randomized controlled trial*. Clinical Rehabilitation: 30, 669–675
10. AVERT Trial Collaboration group. Bernhardt J, Langhorne P, Lindley RI, Thrift AG, Ellery F, Collier J, Churilov L, Moodie M, Dewey J, Donnan G (2015). *Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial*. Lancet; 386: 46-55
11. Muñoz-Venturelli P, Arima H, Lavados P, Brunser A, Peng B, Cui L, et al (2015). *Head Position in Stroke Trial (HeadPoST) - sitting-up vs lying-flat positioning of patients with acute stroke: study protocol for a cluster randomised controlled trial*. Trials; 16: 256
12. Herisson F, Godard S, Volteau C, Blanc E, Guillon B, Gaudron M (2016). *Early sitting in ischemic stroke patients (SEVEL): a randomized controlled trial*. PloS One; 11(3): e0149466
13. Logan A, Freeman J, Kent B, Pooler J, Creanor S, Vickery J, Enki D, Andrew Barton A, Marsden J (2018). *Standing Practice in Rehabilitation Early after Stroke (SPIRES): a functional standing frame programme (prolonged standing and repeated sit to stand) to improve function and quality of life and reduce neuromuscular impairment in people with severe sub-acute stroke—a protocol for a feasibility randomised controlled trial*. Pilot and Feasibility Studies 4:66
14. Tong Y, Cheng Z, Rajah GB, Duan H, Cai L, Zhang N, Du H, Geng X and Ding Y (2019). *High Intensity Physical Rehabilitation Later Than 24 h Post Stroke Is Beneficial in Patients: A Pilot Randomized Controlled Trial (RCT) Study in Mild to Moderate Ischemic Stroke*. Front. Neurol. 10:113
15. Arnold SM, Chavez OS, Dinkins MM, et al (2011). *Outcomes of patients receiving early mobilization less than 24 hours post-IV tPA infusion for acute ischemic stroke*. Poster presentation at 2011 American Physical Therapy Association Annual Conference, National Harbor, MD: American Physical Therapy Association.
16. Arnold SM, Dinkins M, Mooney LH, et al (2015). *Very early mobilization in stroke patients treated with intravenous recombinant tissue plasminogen activator*. J Stroke Cerebrovasc Dis; 24(6):1168-1173.
17. Davis O, Mooney L, Dinkins M, et al (2013). *Early mobilization of ischemic stroke patients post intravenous tissue plasminogen activator*. Stroke; 44: A121.
18. Olkowski BF, Devine MA, Slotnick LE, et al (2013). *Safety and feasibility of an early mobilization program for patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage*. Phys Ther; 93:208–215.
19. Tanja Karic, Cecilie Røe, Tonje Haug Nordenmark, Frank Becker, Wilhelm Sorteberg, Angelika Sorteberg (2017). *Effect of early mobilization and rehabilitation on complications in aneurysmal subarachnoid hemorrhage*. J Neurosurg 126:518–526.
20. Ning Liu et al (2014). *Randomized Controlled Trial of Early Rehabilitation After Intracerebral Hemorrhage Stroke Difference in Outcomes Within 6 Months of Stroke*. Stroke; 45:3502-3507
21. Sprenkle KJ, Pechulis M (2013). *Early Mobility of Patients Poststroke in the Intensive Care Unit*. J. Acute Care Phys. Ther; 4(3):101-109.
22. Morgenstern LB, Hemphill JC, Anderson C, et al (2010). *Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*. Stroke; 41: 2108-2129

TIÊU CHUẨN BẮT ĐẦU, TIÊU CHUẨN DỪNG TẬP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY GIAI ĐOẠN CẤP

PGS. TS. Đỗ Đào Vũ
Dr. Fujimoto Masashi

Mục tiêu

1. Trình bày được tiêu chuẩn bắt đầu, tiêu chuẩn dừng tập phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy giai đoạn cấp
2. Nêu được những điểm lưu ý khi tập phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy giai đoạn cấp

1. ĐẠI CƯƠNG

Vận động hồi phục sớm là phương pháp quan trọng trong điều trị đột quy não. Vận động hồi phục vào thời gian “cửa sổ điều trị”, đứng lên và đi bộ sẽ góp phần cải thiện chứng tê liệt. Luyện tập vận động càng muộn thì hiệu quả luyện tập sẽ càng thấp và có nhiều biến chứng khác nhau do nằm liệt giường. Luyện tập phục hồi chức năng sau đột quy não trong giai đoạn cấp tính có thể tác động đến sự hồi phục sau bị bệnh. Cơ chế phục hồi chức năng bằng cách tái cấu trúc chức năng và cấu tạo của khu vực vận động và các khu vực liên quan dựa trên tính mềm dẻo của não bộ. Tính mềm dẻo sẽ thay đổi theo mức độ sử dụng phần chi bị liệt (use dependent plasticity). Tuân hoàn tốt sẽ cải thiện tình trạng tê liệt và tăng tần suất sử dụng các chi, kiểm soát sự ức chế gây ra bởi bán cầu não đối xứng.

2. TIÊU CHUẨN BẮT ĐẦU VẬN ĐỘNG HỒI PHỤC SỚM SAU ĐỘT QUY NÃO

2.1. NGUYÊN TẮC CHUNG

Nếu người bệnh bị rối loạn ý thức ở mức độ dễ dàng mở mắt khi có tiếng gọi thông thường, các triệu chứng thần kinh không nặng hơn trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện, không bị bệnh tim phải cấm vận động thì có thể bắt đầu luyện tập vận động hồi phục

- **Xuất huyết não**

Trong vòng 24 giờ từ khi phát bệnh, phải kiểm tra tình trạng tăng khối máu tụ và phát hiện tràn dịch não thất ở người bệnh bằng kỹ thuật chụp CT, nếu không nhận thấy các tình trạng trên thì có thể bắt đầu vận động hồi phục. Trường hợp phẫu thuật xuất huyết não: Ngay cả trước khi phẫu thuật, nếu người bệnh bị rối loạn ý thức ở mức độ dễ dàng mở mắt khi có tiếng gọi thông thường thì vẫn có thể bắt đầu vận động hồi phục

- **Nhồi máu não**

Trễ nhất 2 ngày sau khi người bệnh nhập viện, phải thực hiện chẩn đoán ổ bệnh và loại bệnh bằng chụp MRI/MRA

- » Nhồi máu não do huyết khối xơ vữa: Trường hợp chụp MRI/MRA xác định bị tắc nghẽn hoặc hẹp động mạch chủ thì có khả năng bệnh sẽ chuyển biến sang đột quy não tiến triển (progressing stroke), vì vậy trong 3 ~ 5 ngày từ khi phát bệnh, cần phải



xác nhận xem các triệu chứng thần kinh có chuyển biến xấu hay không để bắt đầu vận động hồi phục

- » Nhồi máu ổ khuyết: Bắt đầu vận động hồi phục từ ngày chẩn đoán
- » Tắc mạch máu não do tim: Kiểm tra xem có huyết khối trong tâm nhĩ trái hay không, kiểm tra chức năng tim bằng siêu âm tim, nếu không có dấu hiệu huyết khối trong tâm nhĩ trái và suy tim thì có thể bắt đầu vận động hồi phục. Trong quá trình vận động hồi phục, luôn chú ý để phát hiện sớm nhồi máu xuất huyết

2.2. TIÊU CHUẨN ĐỂ BẮT ĐẦU VẬN ĐỘNG HỒI PHỤC VÀ LUYỆN TẬP TÍCH CỰC TỪ GIAI ĐOẠN SỚM

Ý thức	$-2 \leq *RASS \leq 1$
Không bị bất ổn về tinh thần cần phải trấn tĩnh trong 30 phút	
Cơn đau	**NRS ≤ 3 hoặc ***VAS ≤ 3
Tần số hô hấp	Duy trì tần số hô hấp < 35 lần/phút trong khoảng thời gian nhất định
Độ bão hòa oxy	Duy trì độ bão hòa oxy $\geq 90\%$ trong khoảng thời gian nhất định
Nồng độ oxy hít vào	$< 0,6$
Áp lực dương cuối kỳ thở ra	< 10 cmH ₂ O
Nhịp tim	Duy trì nhịp tim ≥ 50 nhịp/phút hoặc ≤ 120 nhịp/phút trong khoảng thời gian nhất định
Loạn nhịp tim	Không xuất hiện mới tình trạng loạn nhịp tim nghiêm trọng
Chứng thiếu máu cục bộ	Không có thay đổi mới trong điện tâm đồ chẩn đoán thiếu máu cơ tim cục bộ
Huyết áp trung bình	Duy trì huyết áp trung bình ≥ 65 mmHg trong khoảng thời gian nhất định
Liều dùng Dopamine hoặc Nor-adrenaline	Không tăng liều dùng trong 24 giờ

* RASS: The Richmond Agitation-Sedation Scale (Xem phần phụ lục)

** NRS: The numeric rating scale (Thang điểm số)

*** VAS: The visual analog scale (Thang điểm nhìn)

Các tiêu chuẩn khác

Người bệnh được điều trị sốc và tình trạng bệnh ổn định

- Người bệnh được thực hiện bài kiểm tra SAT (Spontaneous Awakening Trials - Thử nghiệm thức tỉnh tự phát và SBT (Spontaneous breathing trials - Thử nghiệm thở tự phát)
- Không có khuynh hướng xuất huyết
- Không dẫn đến nguy hiểm khi vận động
- Áp lực nội sọ (ICP) < 20 cmH₂O
- Nhận được sự đồng ý của người bệnh hoặc gia đình người bệnh

2.3. TIÊU CHUẨN ĐỂ DỪNG VẬN ĐỘNG HỒI PHỤC VÀ LUYỆN TẬP TÍCH CỰC TỪ GIAI ĐOẠN SỚM

Phản ứng	Xuất hiện rõ tình trạng phản ứng kém
Biểu hiện tâm trạng	Biểu hiện đau đớn, sắc mặt xanh xao, tím tái
Ý thức	Xuất hiện rối loạn ý thức mức độ nhẹ trở lên
Sự bất ổn	Xuất hiện hành vi nguy hiểm
Sự vận động tùy ý của tứ chi	Xuất hiện tình trạng yếu tứ chi, tăng nhanh các nhu cầu hỗ trợ
Điều chỉnh tư thế	Xuất hiện tình trạng không thể duy trì tư thế
Khó hô hấp	Người bệnh than phiền vì đột ngột khó hô hấp Xuất hiện hô hấp cưỡng bức
Cảm giác mệt mỏi	Cảm giác mệt mỏi không thể chịu đựng (Thang đánh giá khó thở Borg sửa đổi - Borg Scale 5 ~ 8) Người bệnh muốn dừng vận động Người bệnh than phiền đau đớn
Nhịp thở	<5 lần/phút hoặc >40 lần/phút
SpO2	<88%
Mô hình hô hấp	Xuất hiện tình trạng hít vào đột ngột hoặc thở ra gắng sức
Máy hô hấp nhân tạo	Không đồng bộ, không ăn khớp nhịp thở
Nhịp tim	Xuất hiện tình trạng giảm nhịp tim, nhịp tim chậm sau khi bắt đầu vận động <40 lần/phút hoặc >130 lần/phút
Kiểm tra điện tâm đồ	Điện tâm đồ chuyển sang nhịp mới, nghi ngờ thiếu máu cục bộ cơ tim
Huyết áp	Huyết áp giai đoạn tâm thu >180mmHg Giảm 20% huyết áp giai đoạn tâm thu hoặc giai đoạn tâm trương Áp lực động mạch trung bình <65mmHg hoặc >110mmHg



2.4. CÁC TRƯỜNG HỢP PHẢI DỪNG LUYỆN TẬP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ CHỜ ĐẾN KHI HỒI PHỤC MỚI BẮT ĐẦU LUYỆN TẬP LẠI

- ① Khi nhịp tim vượt quá 30% trước khi vận động: Khi đã nghỉ ngơi trong 2 phút mà nhịp tim vẫn không quay trở lại mức từ 10% trở xuống thì phải dừng luyện tập phục hồi chức năng sau đó, hoặc chuyển sang luyện tập thật nhẹ nhàng
- ② Khi nhịp tim vượt quá 120/phút
- ③ Khi xuất hiện ngoại tâm thu từ 10 lần/phút trở lên
- ④ Khi xuất hiện tình trạng đánh trống ngực, hụt hơi nhẹ

CÁC TRƯỜNG HỢP KHÁC CẦN PHẢI CHÚ Ý

- ① Xuất hiện tình trạng có máu trong nước tiểu
- ② Khi người bệnh bị tăng lượng đờm
- ③ Khi người bệnh bị tăng cân
- ④ Khi người bệnh cảm thấy mệt mỏi
- ⑤ Khi người bệnh chán ăn hoặc đói
- ⑥ Khi tình trạng phù nề ở chi dưới trầm trọng hơn

3. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG GIAI ĐOẠN CẤP

Trong quá trình tập phục hồi chức năng trong giai đoạn cấp cần lưu ý một số điểm để phát hiện và xử trí kịp thời.

- Khi tập cho người bệnh ngồi dậy, đứng lên từ tư thế nằm ngửa, do tác động của trọng lực, máu sẽ di chuyển đến các chi dưới và các bộ phận ở vùng bụng, làm cho lượng máu trở về tim giảm khoảng 30% gây hạ huyết áp tư thế.
 - » Khi đột quỵ não, sự điều tiết này khó được thực hiện, đặc biệt là trong giai đoạn cấp tính.
 - » Người bệnh khó cử động do bị liệt, lực cơ suy giảm do nằm bất động trên giường trong thời gian dài. Do đó giảm sự hồi lưu tĩnh mạch bằng bơm cơ, để xảy ra tích tụ máu ở nửa dưới cơ thể.
 - » Do đó khi muốn tập cho người bệnh thay đổi tư thế hoặc vận động hồi phục, cần thường xuyên đo huyết áp và lắng nghe những than phiền của người bệnh, thận trọng khi nâng đỡ bằng các bài tập phù hợp và tăng dần.
- Luôn theo dõi huyết áp và các chỉ số sinh tồn trong quá trình tập phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ giai đoạn sớm
 - » Khi huyết áp hạ ở người bệnh nhồi máu não, cần kiểm tra kích thước khu vực nhồi máu có tăng không hay ổ nhồi máu có chuyển dạng xuất huyết bằng chụp CT hoặc cộng hưởng từ (MRI).
 - » Khi huyết áp tăng ở người bệnh xuất huyết não, cần kiểm tra tình trạng xuất huyết não và hiện tượng tràn dịch não cấp tính bằng chụp CT hoặc cộng hưởng từ (MRI).
 - » Khi huyết áp không ổn định (lên xuống huyết áp) ở người bệnh xuất huyết não dưới màng nhện cần kiểm tra sự tái vỡ mạch máu não, có thắt mạch máu não, bất thường điện tâm đồ hay hạ natri máu bằng các xét nghiệm chuyên khoa.

PHỤ LỤC

**Thang điểm đánh giá kích thích - an thần của Richmond
(RASS: The Richmond Agitation-Sedation Scale)**

Điểm số	Tình trạng	Triệu chứng lâm sàng
+4	Tranh đấu, hiếu chiến	Rõ ràng hiếu chiến, thích bạo lực; có nguy hiểm rình rập đối với nhân viên y tế
+3	Tình trạng nao động quá mức, cực kỳ bị kích động	Có tính tấn công, tự mình rút bỏ các loại ống, catheter
+2	Tình trạng nao động, bị kích động	Thường xuyên có những cử động cơ thể không chủ ý, kháng cự với máy thở, nhịp thở của Người bệnh và nhịp của máy thở không đồng đều (fighting)
+1	Tình trạng bất an, mất bình tĩnh	Không ngừng lo lắng, hoang mang, tuy nhiên cử động không mang tính tấn công, cũng không mang tính hoạt bát.
0	Tình trạng tỉnh táo, an bình	Có ý thức, tỉnh táo.
-1	Tình trạng mơ màng	Không tỉnh táo hoàn toàn nhưng mở mắt và phản hồi giao tiếp bằng mắt từ 10 giây trở lên khi gọi.
-2	Tình trạng trấn tĩnh nhẹ	Mở mắt, phản hồi giao tiếp bằng mắt chưa đến 10 giây khi gọi.
-3	Tình trạng trấn tĩnh ở mức độ trung bình	Phản hồi bằng cử động cơ thể hoặc mở mắt khi gọi, nhưng không giao tiếp bằng mắt.
-4	Tình trạng trấn tĩnh sâu	Không phản ứng khi gọi, tuy nhiên có cử động hoặc mở mắt khi kích thích cơ thể.
-5	Hôn mê	Không phản ứng dù gọi hay dù kích thích cơ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hickmann CE, et al. *Teamwork enables high level of early mobilization in critically ill patients. Ann Intensive Care.* 2016 Dec;6(1):80. doi: 10.1186/s13613-016-0184-y. Epub 2016 Aug 24.
- Denehy L, et al. *Ten reasons why ICU patients should be mobilized early.* Intensive Care Med. 2016 Aug 25
- Bernhardt J, et al. *Early rehabilitation after stroke.* Curr Opin Neurol. 2016 Nov 10
- Mohamed D Hashem, RESPIRATORY CARE • JULY 2016 VOL 61 NO 7
- Tài liệu tham khảo từ chương trình hỗ trợ đào tạo của NCGM – Nhật Bản



QUY TRÌNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG RỜI GIƯỜNG SỚM CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ NÃO

BS. Nguyễn Trang Linh

1. ĐẠI CƯƠNG

- Rời giường sớm: là ngồi hoặc đứng sớm trong vòng 24 - 48h sau đột quỵ khi đủ điều kiện với thời gian tối thiểu là 20 phút. Có thể cho người bệnh ngồi trên giường và ngồi vài lần trong ngày.
- Như vậy việc chỉ cho người bệnh lăn trở, tập vận động tại giường không được xem là rời giường sớm.
- Ý nghĩa: góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong do biến chứng viêm phổi, nhiễm trùng tiểu hạn chế loét cùng cụt và giúp người bệnh mau hồi phục.

Nguyên tắc chung:

- Quyết định rời giường sớm phụ thuộc vào bác sĩ lâm sàng và bác sĩ phục hồi chức năng.
- Rời giường sớm chủ yếu **chỉ áp dụng cho người bệnh đột quỵ não**.
- Rời giường sớm thường **bắt đầu từ sau đột quỵ não 24-48 giờ hoặc khi người bệnh đủ điều kiện cho phép**.
- Người bệnh rối loạn nhận thức ở mức độ nhẹ (mở mắt, đáp ứng với tiếng gọi thông thường)
- Người bệnh không có các triệu chứng chuyển biến xấu sau 24h nhập viện
- Không có các triệu chứng của bệnh tim cầm vận động
- Trong thời gian 24h kể từ khi phát bệnh, kiểm tra sự xuất hiện của các xuất huyết và tình hình của khối máu tụ bằng máy CT, nếu không nhìn thấy các dấu hiệu đó -> tiến hành rời giường sớm.
- Trong trường hợp phẫu thuật xuất huyết não, kể cả trước khi phẫu thuật người bệnh chỉ rối loạn nhận thức ở mức độ nhẹ (mở mắt, đáp ứng với tiếng gọi thông thường) -> Tiến hành rời giường sớm

2. CHỈ ĐỊNH

- Thang điểm NIHSS < 16 (Phụ lục kèm theo)
- Huyết áp trung bình 80 – 100mmHg
- Không có các chống chỉ định.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Có bệnh lý tim mạch nặng (suy tim nặng, loạn nhịp tim nặng, huyết khối trong buồng tim)
2. Có bệnh mạch vành hoặc bệnh nội khoa khác không ổn định
3. Huyết áp dao động:
 - Người bệnh cần phải nâng HA do có bằng chứng giảm tưới máu
 - Người bệnh cần kiểm soát HA hoặc nhịp tim bằng đường tĩnh mạch
 - HA tâm thu > 220 mmHg, HA tâm trương > 110 mmHg
4. Người bệnh cần theo dõi chức năng tim liên tục
5. Sau sử dụng thuốc tiêu huyết khối đường động mạch, tĩnh mạch hoặc phẫu thuật lấy huyết khối < 24h
6. Người bệnh sau can thiệp XQ thần kinh hoặc thủ thuật chẩn đoán <24h
7. Người bệnh đột quỵ bán cầu có giảm ý thức và mất phản xạ bảo vệ đường thở

8. Người bệnh huyết khối thân nền hoặc hội chứng đỉnh thân nền.
 9. Người bệnh có các cơn thoáng thiếu máu não tăng dần.
 10. Người bệnh có tình trạng thần kinh đang diễn tiến xấu.
 11. Tình trạng nặng khi nhập viện:
 - Cần điều trị tại khu vực bệnh nặng, điểm Glasgow ≤ 8
 - Có bằng chứng lâm sàng để quyết định chăm sóc (ví dụ: đột quỵ nặng...)
 - Cần phẫu thuật sớm nhồi máu não diện rộng
 12. Độ bão hòa Oxygen SpO₂ < 92% với thở oxy
 13. Nhịp tim lúc nghỉ < 40 lần/phút hoặc > 110 lần/phút
 14. Thân nhiệt > 38,5 °C
 15. Nghi ngờ hoặc có gãy chân
 16. Các thương tổn tăng đậm độ có thể do xuất huyết bất cứ mức độ trên phim CT Scanner
 17. Các thay đổi sớm của nhồi máu lớn: giảm đậm độ rõ, phù não, hiệu ứng choán chỗ
 18. CT Scanner ghi nhận nhồi máu não nhiều thùy (giảm đậm độ > 1/3 bán cầu đại não)
 - **Chú ý:**
 - » Điều kiện để có thể tiến hành cho người bệnh rời giường sớm: Phải đủ 3 tiêu chuẩn đưa vào theo bảng kiểm.
 - » Trường hợp bị loại trừ: Chỉ cần có 1 trong 18 tiêu chuẩn loại trừ ở trên
- Trường hợp tạm dừng rời khỏi giường giữa chừng**
- » Người bệnh xuất hiện triệu chứng khó thở, chóng mặt, buồn nôn, đau thắt ngực, đau đầu
 - » Nhịp tim vượt quá 140 lần/phút
 - » HA tâm thu tăng từ 40 mmHg trở lên hoặc hạ từ 30 mmHg
 - » Người bệnh xuất hiện triệu chứng thở nhanh (từ 30 lần/ phút trở lên), hụt hơi
 - » Người bệnh xuất hiện rối loạn nhịp tim do vận động
 - » Khi SPO₂ hạ 90% trở xuống
 - » Tình trạng nhận thức hay tri giác của người bệnh chuyển biến xấu

4. QUY TRÌNH RỜI GIƯỜNG SỚM

4.1. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: bác sỹ chuyên khoa phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu
2. Phương tiện kèm theo: máy đo huyết áp, máy đo SP02
3. Người bệnh:
 - Luôn ở tư thế thoải mái trong khi tập
 - Giải thích để người bệnh, người nhà hiểu và hợp tác trong quá trình can thiệp

4.2. TIẾN HÀNH:

1. Kiểm tra hồ sơ: tên, tuổi, các yếu tố cá nhân
2. Kiểm tra người bệnh: chỉ định, các phương pháp điều trị đã đề ra
3. Tiến hành:
 - **Bước 1:** Hội chẩn giữa bác sỹ lâm sàng và bác sỹ phục hồi chức năng, quyền quyết định phụ thuộc bác sỹ lâm sàng
 - **Bước 2:** Kiểm tra mạch và huyết áp của người bệnh (lưu máy để đo và theo dõi)
 - **Bước 3:** Quay đầu giường lên chậm khoảng 30 - 45 độ, dừng lại vài phút, kiểm tra huyết áp
 - » Nếu HA tâm thu không hạ quá 20 mmHg so với tư thế nằm -> tiếp tục quay đầu giường lên cao đến tư thế ngồi (2 chân trên giường) tiếp tục kiểm tra HA.

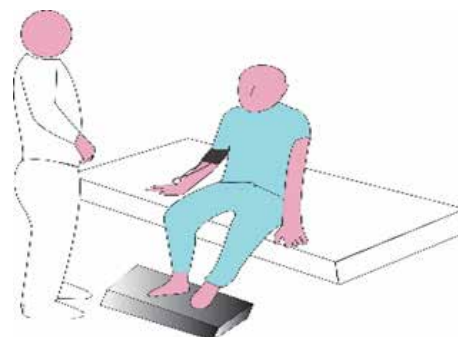


Nâng người bệnh hoặc quay giường đến vị trí 90°



Kiểm tra huyết áp sau khi ngồi ở vị trí 90° được 5 phút

- » Nếu HA ổn, cho người bệnh ngồi thả 2 chân xuống giường (5 phút cho lần đầu tiên). Cho người bệnh nghỉ và tiếp tục ngồi dậy khoảng 10 phút – 20 phút (luôn theo dõi HA và tri giác người bệnh)
- » Nếu HA tâm thu hạ quá 30 mmHg so với tư thế nằm hoặc tri giác người bệnh xấu hơn -> cho người bệnh nằm trở lại -> báo lại bác sỹ lâm sàng



Người bệnh ngồi với 2 chân thò ra ngoài cạnh giường 5 phút cho lần ngồi dậy đầu tiên.
Chú ý: Hai chân đặt trên bục

- » Nếu HA ổn, cho người bệnh ngồi thả 2 chân xuống giường (5 phút cho lần đầu tiên). Cho người bệnh nghỉ và tiếp tục ngồi dậy khoảng 10 phút – 20 phút (luôn theo dõi HA và tri giác người bệnh)
- » Nếu HA tâm thu hạ quá 30 mmHg so với tư thế nằm hoặc tri giác người bệnh xấu hơn -> cho người bệnh nằm trở lại -> báo lại bác sỹ lâm sàng

• **Bước 4:**

- » Nếu người bệnh ngồi lần đầu thuận lợi, bàn với bác sỹ lâm sàng quyết định cho người bệnh tập đứng vào ngày hôm sau, có thể tiến hành sớm việc di chuyển sang ghế ngồi hoặc xe lăn.
- » Những ngày sau khi tình trạng người bệnh cải thiện, sẽ hướng dẫn người nhà và người bệnh cách tự ngồi dậy.
- » Khi người bệnh ngồi vững, tiếp tục cho người bệnh tự ngồi và chuẩn bị tập thăng bằng, tập đứng lên ngồi xuống.

Một số lưu ý cho nhân viên và người bệnh:

- Lượng giá thăng bằng, khả năng điều hợp của người bệnh trước khi tiến hành tập ngồi, đứng
- Luôn ở gần người bệnh nhất có thể
- Kỹ thuật viên chùng gối, hạ trọng tâm để ngang bằng với giường bệnh
- Sử dụng đai hỗ trợ khi cho người bệnh tập đứng
- Kỹ thuật viên tránh lôi, kéo tay, vòng tay người bệnh quanh cổ.
- Kỹ thuật viên luôn đi dép quai hậu, giày để tránh trượt
- Đảm bảo thanh chắn giường hoặc gác tay xe lăn khi có người bệnh
- Không giục người bệnh khi can thiệp.

5. THEO DÕI

- Ghi kết quả, nhận xét điều trị sau buổi tập
- Bàn giao điều dưỡng của khoa lâm sàng: theo dõi tri giác, dấu hiệu sinh tồn của người bệnh sau buổi tập, nếu có bất thường báo ngay bác sĩ lâm sàng xử trí

6. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Nếu huyết áp tâm thu hạ quá 20 mm thủy ngân so với tư thế nằm hoặc tri giác người bệnh xấu hơn (lẫn lộn hơn trước khi ngồi): cho người bệnh nằm xuống lại và báo cho bác sĩ lâm sàng biết.

PHỤ LỤC

THANG ĐIỂM ĐỘT QUỴ (NIHSS)

- Họ tên người bệnh:
- Giới: Tuổi:..... Giường:.....
- Ngày bị bệnh:..... Ngày chấm điểm:.....
- Người chấm:

STT		Điểm số			
1A	Tri giác	0 = Tỉnh 1 = Ngủ gà 2 = Lơ mơ 3 = Hôn mê			
1B	Hỏi tháng và tuổi	0 = Đúng cả 2 câu 1 = Đúng 1 câu 2 = Sai 2 câu			
1C	Yêu cầu mở, nhắm mắt và nắm chặt, thả bàn tay	0 = Làm theo lệnh đúng cả 2 1 = Làm theo lệnh chỉ đúng 1 2 = Không làm theo lệnh			
2	Vận nhãn	0 = Bình thường 1 = Liệt 1 phần 2 = Liệt toàn bộ			
3	Thị trường	0 = Bình thường 1 = Bán manh 1 phần 2 = Bán manh hoàn toàn 3 = Bán manh 2 bên			
4	Liệt mặt	0 = Bình thường 1 = Liệt nhẹ 2 = Liệt 1 phần (gần như hay toàn bộ mặt dưới) 3 = Liệt hoàn toàn (mặt trên và dưới)			



5	Vận động tay (BN ngồi duỗi thẳng tay 90° hoặc 45° khi nằm trong 10 giây)	0 = Không rơi, giữ được trong 10 giây 1 = Hạ thấp xuống trước 10 giây, không chạm giường 2 = Có kháng trọng lực một ít 3 = Rơi xuống không có lực kháng 4 = Không cử động 9 = Không thử được, cắt cụt chi hay cứng khớp	T			
			P			
6	Vận động chân (BN nằm ngửa giữ chân ở vị trí 30° trong 5 giây)	0 = Không rơi, giữ được trong 5 giây 1 = Hạ thấp xuống trước 5 giây, không chạm giường 2 = Có kháng trọng lực một ít 3 = Rơi xuống không có lực kháng 4 = Không cử động 9 = Không thử được, cắt cụt chi hay cứng khớp	T			
			P			
7	Thất điều chi	0 = Không có 1 = Chỉ một chi 2 = Cả 2 chi 9 = Không thử được, cắt cụt chi hay cứng khớp				
8	Cảm giác	0 = Bình thường 1 = Giảm nhẹ 2 = Mất cảm giác nửa người				
9	Ngôn ngữ	0 = Không mất ngôn ngữ 1 = Nhẹ đến trung bình, vẫn nêu được ý cơ bản 2 = Mất nặng, câu ngắn rời rạc, khó đoán được ý 3 = Câm hay mất ngôn ngữ toàn bộ				
10	Loạn vận ngôn	0 = Bình thường 1 = Nhẹ đến trung bình, lắp bắp vài từ khó hiểu 2 = Nặng, lắp bắp nhiều không hiểu được 9 = Được đặt nội khí quản				
11	Từ chối và không tập trung chú ý (Lãng quên nửa người)	0 = Không bất thường 1 = Trung bình, mất khi kích thích đồng thời 2 bên 2 = Nặng, không nhận ra bàn tay, mất chú ý nửa bên				
Tổng						

0: bình thường

15-20: Đột quy nặng

1-4: Đột quy nhẹ

21-42: Đột quy rất nặng

5-15: Đột quy vừa

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2017). Tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phục hồi chức năng"
2. Hà Hoàng Kiệt (2014). Hướng dẫn phục hồi chức năng cho người liệt nửa người do đột quy não.
3. NCGM (2019). Tài liệu khóa tập huấn "Hỗ trợ tăng cường chất lượng chăm sóc đột quy"

VẬN ĐỘNG TRỊ LIỆU CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY

CN VLTL. Đinh Đăng Tài, CN VLTL. Đặng Văn Tú
CN VLTL. Trần Gia Tuyển, PT. Nakashima Takumi
PT. Matsuzaki Haruki, PT. Fukuda Yoko, PT. Sato Yuji

Mục tiêu

1. Trình bày được khái niệm, mục đích của vận động trị liệu cho người bệnh đột quy não.
2. Trình bày được những lưu ý trong quá trình tập luyện cho người bệnh đột quy não.
3. Trình bày được các kỹ thuật tập luyện ở tư thế ngồi, đứng và đi cho người bệnh đột quy não.
4. Thực hiện được các kỹ thuật tập luyện ở tư thế ngồi, đứng và đi cho người bệnh đột quy não.

1. ĐỊNH NGHĨA

Vận động trị liệu là phương pháp điều trị dùng các bài tập vận động, các tư thế hoặc hoạt động thể lực của cơ thể một cách có hệ thống và kế hoạch giúp phòng bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng.

2. MỤC ĐÍCH VẬN ĐỘNG TRỊ LIỆU

- Tăng sức mạnh cơ.
- Tăng sức chịu đựng (sức bền của cơ).
- Điều hợp vận động.
- Tăng hay duy trì tầm vận động của khớp.
- Kích thích lưu thông tuần hoàn, dinh dưỡng.
- Tăng cường thể lực.
- Phục hồi lại các chức năng dịch chuyển, di chuyển và đi lại

3. NHỮNG LƯU Ý KHI THỰC HIỆN CÁC BÀI TẬP CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY:

3.1. TRƯỜNG HỢP KHÔNG TÍCH CỰC THỰC HIỆN CÁC BÀI TẬP

- Nhịp tim khi nghỉ ngơi là từ 40/phút trở xuống hoặc từ 120/phút trở lên
- Huyết áp tâm thu khi nghỉ ngơi là từ 70mmHg trở xuống hoặc từ 200mmHg trở lên
- Huyết áp tâm trương khi nghỉ ngơi là từ 120mmHg trở lên
- Người bị chứng đau thắt ngực khi hoạt động
- Người bị chứng rung tâm nhĩ, và người có nhịp tim rất chậm hoặc nhịp tim rất nhanh
- Trường hợp tình trạng tuần hoàn không ổn định ngay sau khi phát bệnh nhồi máu cơ tim
- Trường hợp bị rối loạn nhịp tim đáng kể
- Trường hợp bị đau ngực khi nghỉ ngơi



- Trường hợp đã bị đánh trống ngực, hụt hơi, đau ngực trước khi thực hiện phục hồi chức năng
- Trường hợp bị chóng mặt khi ngồi, đổ mồ hôi lạnh, buồn nôn
- Nhiệt độ cơ thể khi nghỉ ngơi là từ 38 độ trở lên
- Độ bão hòa oxy khi nghỉ ngơi là (SpO₂) từ 90% trở xuống

3.2. TRƯỜNG HỢP DỪNG CÁC BÀI TẬP GIỮA CHỪNG

- Trường hợp đã xuất hiện triệu chứng khó thở, chóng mặt, buồn nôn, đau thắt ngực, đau đầu, sốt nặng trên mức trung bình
- Trường hợp nhịp tim vượt quá 140/phút
- Trường hợp huyết áp tâm thu khi vận động tăng từ 40mmHg trở lên hoặc huyết áp tâm trương tăng từ 20mmHg trở lên
- Trường hợp xuất hiện triệu chứng thở nhanh (từ 30 lần/phút trở lên), hụt hơi
- Trường hợp xuất hiện triệu chứng rối loạn nhịp tim do vận động
- Trường hợp xuất hiện triệu chứng nhịp tim chậm
- Tình trạng nhận thức chuyển biến xấu

3.3. TRƯỜNG HỢP TẠM DỪNG CÁC BÀI TẬP CHỜ PHỤC HỒI MỚI THỰC HIỆN LẠI

- Trường hợp số nhịp tim vượt quá 30% so với trước khi vận động, tuy nhiên, nếu nghỉ ngơi trong 2 phút mà chưa trở lại mức từ 10% trở xuống, thì dừng phục hồi chức năng sau đó, hoặc thay đổi sang động tác thật nhẹ nhàng.
- Trường hợp nhịp tim vượt quá 120/phút
- Trường hợp xuất hiện triệu chứng ngoại tâm thu từ 10 lần trở lên trong 1 phút
- Trường hợp xuất hiện triệu chứng đánh trống ngực, hụt hơi nhẹ

4. CÁC BÀI TẬP CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY THEO CÁC MỐC VẬN ĐỘNG.

4.1. CÁC BÀI TẬP CHO NGƯỜI BỆNH Ở VỊ THẾ NẪM

4.1.1. Các bài tập đặt tư thế tốt cho người bệnh.

4.1.1.1. Người bệnh ở tư thế nằm cao đầu.

Giai đoạn đầu nên đặt người bệnh nằm tư thế fowler với các điểm nâng đỡ như: đầu, hai bên bả vai.

4.1.1.2. Đặt tư thế tốt cho người bệnh ở vị thế nằm ngửa.

- Đầu người bệnh được đặt trên gối êm. Tay xuôi theo thân mình và được nâng đỡ ở vai, khuỷu tay, cổ bàn tay, sao cho tay ở vị thế cao hơn thân mình. Ngón tay “khum ôm khối khăn quấn” theo tư thế chức năng. Chân được nâng đỡ phía khoeo chân sao cho gối gập khoảng 5 độ. Bàn chân ra ngoài gối.
- Chú ý: Các phần chi thể luôn ở cao hơn thân mình



4.1.1.3. Người bệnh nằm nghiêng sang bên lành.

- Người bệnh nằm nghiêng sang bên liệt, đầu được đặt trên gối êm. Người bệnh nằm hơi ngửa ra sau, lưng được nâng đỡ bằng bục tựa lưng. Vai gập đưa ra trước, khuỷu tay, cổ bàn tay được nâng đỡ bằng gối sao cho tay ở vị thế cao hơn gốc chi.
- Chân bên lành cho hông gập, gối gập và nghỉ trên gối êm tránh đè trực tiếp lên chân liệt.
- Chú ý: không để người bệnh nằm đè trực tiếp lên khớp vai bên liệt, tránh biến chứng khớp vai sau này.



4.1.1.4. Người bệnh nằm nghiêng sang bên liệt.

- Người bệnh nằm nghiêng sang bên lành, đầu được đặt trên gối êm.
- Tay bên liệt: Vai gập đưa ra trước, khuỷu tay, cổ bàn tay được nâng đỡ bằng gối sao cho tay ở vị thế cao hơn thân mình.
- Chân được nâng đỡ phía mặt trong. Cho hông gập, gối gập, bàn chân nghỉ trên gối kê.



4.1.2. Các bài tập thay đổi tư thế cho người bệnh.

4.1.2.1. Lăn về bên lành:

Người điều trị đứng về bên cần lăn nghiêng.

B1 - Người điều trị: Trợ giúp cho tay liệt người bệnh lên bụng và gập gối chân liệt.

B2 - Người điều trị: Nâng đỡ vùng vai và khung chậu, gối người bệnh lăn về phía bên lành.

4.1.2.2. Lăn về bên liệt:

Người điều trị đứng về bên cần lăn nghiêng.

Tay bên liệt cần cho ra xa cơ thể.

Người bệnh chống chân, dùng chân và vai bên lành đẩy nghiêng người sang bên liệt.

4.1.3. Các bài tập mạnh cơ cho người bệnh ở tư thế nằm.

Trong tư thế nằm, tùy thuộc vào lực cơ của người bệnh để đưa ra các bài tập vận động: Thụ động, trợ giúp, tự do hoặc để kháng cho phù hợp.





4.2. CÁC BÀI TẬP CHUYỂN THỂ TỪ NÀM SANG NGỒI

Những điểm cần chú ý:

- Kiểm tra huyết áp người bệnh trước khi tập.
- Tham khảo ý kiến bác sỹ chuyên khoa trước khi cho người bệnh ngồi dậy.
- Tiến hành từng bước và luôn quan sát người bệnh.
- Nếu thấy bệnh nhân có biểu hiện bất thường, cần cho người bệnh nằm xuống và thực hiện lại động tác.



4.3. CÁC BÀI TẬP Ở VỊ THẾ NGỒI

- Người bệnh được ngồi trên giường bệnh hoặc ghế với hai chân được đặt trên mặt sàn. Trong trường hợp ghế hoặc giường quá cao, có thể sử dụng bục kê chân.
- Người điều trị có thể ngồi bên liệt hoặc trước mặt ngay sát người bệnh để đảm bảo an toàn.
- Trong trường hợp người bệnh ngồi không vững hoặc không duy trì được tư thế ngồi độc lập. Người điều trị có thể cho người bệnh ngồi với bàn trước mặt và có người trợ giúp phía sau.



4.3.1. Bài tập hỗ trợ ngồi thẳng lưng cho người bệnh.

Người điều trị có thể ngồi phía sau, nâng đỡ vai, cổ và đầu người bệnh để tập cho người bệnh tư thế ngồi thẳng lưng.



4.3.2. Bài tập thăng bằng ngồi với bóng.

- Người bệnh ngồi trên giường trong tư thế thống chân. Một tay người bệnh được đặt trên quả bóng tập.
- Người điều trị ngồi phía sau, hướng dẫn người bệnh dồn lực và nghiêng người về phía quả bóng.

**4.3.3. Các bài tập thăng bằng và dồn trọng lượng với người trợ giúp.**

Bài tập 1:

- Người bệnh ngồi trên giường.
- Người điều trị ngồi bên liệt, một tay đỡ tay liệt và tạo thuận cho người bệnh đưa người sang bên liệt và ngược lại sang bên lành.

Bài tập 2:

- Người bệnh ngồi trên giường.
- Người điều trị ngồi bên liệt, một tay đỡ tay liệt và tạo thuận cho người bệnh cúi người xuống mặt sàn.
- Người điều trị ngồi bên liệt, một tay đỡ tay liệt và tạo thuận cho người bệnh cúi người ngửa người ra sau.





4.3.4. Bài tập độc lập dồn trọng lượng lên chi trên.

- Người bệnh ngồi với hai tay chống trên mặt giường.
- Người điều trị hướng dẫn người bệnh dồn trọng lượng lên tay bên liệt.
- Trong trường hợp người bệnh không thể duỗi thẳng tay bên liệt. Người điều trị có thể cố định bàn tay và tạo thuận khuỷu tay bên liệt cho người bệnh duỗi thẳng tay liệt.

4.3.5. Các bài tập độc lập thăng bằng ở tư thế ngồi.

- Người bệnh lấy tay lành đỡ tay liệt trước ngực.
- Người bệnh luân phiên xoay người sang bên lành và bên liệt.



- Người bệnh lấy tay lành cầm tay liệt.
- Người bệnh thực hiện động tác cúi người sao cho hai bàn tay chạm xuống mặt sàn.

- Người bệnh lấy tay lành cầm tay liệt.
- Người bệnh thực hiện động tác cúi người sao cho hai bàn tay xuống sâu nhất có thể, và nghiêng người di chuyển tay sang hai bên phải trái.



4.3.6. Các bài tập mạnh cơ cho người bệnh ở tư thế ngồi

- Bài tập mạnh cơ thân mình: Gập duỗi, nghiêng phải, nghiêng trái, xoay phải xoay trái cột sống.
- Tập “dậm chân” và tăng áp lực lên bàn chân liệt.
- Tập dồn trọng lượng cho hai bên hông và cho hai bàn chân
- Tăng cường cảm thụ bên chân liệt: Dậm chân vỗ chân, nén ép, phương pháp Perfetti, phương pháp PNF...
- Bài tập các kỹ năng vận động :
 - » Hỗ trợ chức năng cho chân bên liệt: Bài tập cho chân liệt (nâng, xoay, vận động theo Bobath, PNF...).
 - » Hướng dẫn tư thế đúng của chân, bàn chân, hông...



Gập khớp háng



Duỗi gối



Gập cổ chân

4.4. CÁC BÀI TẬP CHUYỂN THỂ TỪ NGỒI SANG ĐỨNG

4.4.1. Những điểm chú ý khi thực hiện động tác đứng cho người bệnh

- Bàn chân người bệnh phải được đặt trên mặt sàn, và hơi lui về sau.
- Mông người bệnh ngồi dịch về phía mép giường.
- Người điều trị cần: Kiểm soát bàn chân và đầu gối người bệnh.
- Tạo thuận, hỗ trợ người bệnh duỗi hông -> Đứng dậy





4.4.2. Người tập luyện trợ giúp phía trước

Người điều trị: Đứng ngay trước và bên cạnh người bệnh.

- Hỗ trợ gối bên liệt.
- Vị trí tay người điều trị:
 - » 1 tay đỡ khung chậu bên liệt.
 - » 1 tay nâng đỡ thân mình.
- Nếu cần thiết hỗ trợ toàn bộ phía bên liệt của người bệnh.



4.4.3. Người tập luyện trợ giúp bên cạnh

Người điều trị: Đứng ngay bên cạnh người bệnh.

- Kiểm soát và hỗ trợ bàn chân, đầu gối bên liệt.
- Hướng trọng tâm người bệnh ra trước và lên trên.
- Tạo thuận vùng hông, kích thích người bệnh đứng lên.



4.5 CÁC BÀI TẬP Ở TƯ THẾ ĐỨNG

4.5.1. Đứng có trợ giúp

- Trong giai đoạn bắt đầu cho người bệnh tập đứng, một số người bệnh chưa kiểm soát được khớp gối cộng với thăng bằng chưa tốt thì bài tập đứng với sự hỗ trợ của kỹ thuật viên nhằm kiểm soát khớp gối và thăng bằng giúp cho người bệnh tự tin hơn khi đứng đồng thời người bệnh có thể tập đứng dồn trọng lượng sang bên liệt giúp kích thích nhóm cơ bên liệt và kích thích cảm giác cảm thụ bản thể.
- Để tăng cường khả năng đứng và thăng bằng trước khi di chuyển, người bệnh nên tập các bài tập chống chịu sức nặng lên chân liệt như bước chân liệt lên trước đồng thời đưa thân mình ra trước, bước chân liệt ra sau đồng thời ngã người ra sau, bước chân liệt sang ngang đồng thời đưa thân mình sang ngang theo hướng chân bên liệt.



- Một số bài tập tăng tiến ở tư thế đứng nhằm giúp tăng cường khả năng về thăng bằng cũng như sức mạnh cơ như bài tập đứng trước ghế, người bệnh có thể tập một mình trước ghế với nhiều bài tập khác nhau như với đồ vật ở các hướng, tập dồn trọng lượng..Bài tập với bóng ở tư thế đứng giúp tăng cường khả năng về thăng bằng, khả năng quan sát, khả năng phối hợp và phản xạ..Bài tập điều hợp tay ở tư thế đứng giúp người bệnh kiểm soát được vận động khéo léo và thăng bằng.



- Bài tập đứng với dụng cụ chỉnh hình: Người bệnh đứng trong thanh song song với sự trợ giúp của kỹ thuật viên và nẹp KAFO. Nẹp có tác dụng giữ gối, cổ chân và điều chỉnh trục của chân liệt. Kỹ thuật viên hỗ trợ điều chỉnh vùng chậu hông, người bệnh tập dồn trọng lượng lên chân liệt, bài tập này có thể thay đổi theo nhiều cách như: lấy chân liệt làm trụ, bước chân lành lên và ngược lại, bước sang hai bên.



- Bài tập đứng bước chân lên bục có sự trợ giúp: Người bệnh đứng trước bục, kỹ thuật viên trợ giúp một chân, người bệnh nhắc từng chân lên bục luân phiên hai chân. Đây là một bài tập nhằm tăng cường khả năng chống chịu sức nặng lên từng chân và thăng bằng.





4.5.2. Đứng không trợ giúp

- Một số bài tập đứng không có sự trợ giúp (độc lập). Để tăng cường khả năng đứng độc lập, người bệnh có thể tập một số bài tập như: đứng nhấc từng chân lên một (đứng trên một chân). Đứng bước một chân lên bục, luân phiên hai chân.



- Các bài tập nhằm tăng cường khả năng thăng bằng khi đứng được chú trọng như bài tập đứng thăng bằng với bàn xoay, bài tập thăng bằng với bàn nhún..., đây là những bài tập đòi hỏi sự tập trung cao độ của người bệnh giúp người bệnh tự tin hơn khi di chuyển.



4.6. CÁC BÀI TẬP DI CHUYỂN

4.6.1. Bài tập hỗ trợ di chuyển

4.6.1.1. Hỗ trợ chân yếu “giai đoạn chống”

- Bảo vệ, giữ vững khung chậu.
- Kiểm soát đầu gối, kích thích cơ chi dưới (từ đầu đùi, mông lớn...)

4.6.1.2. Hỗ trợ chân yếu “giai đoạn đu”

- Bảo vệ khung chậu.
- Kích thích, tạo thuận gập gối nâng chân cho Người bệnh.
- Tạo thuận, hướng dẫn chân bệnh kiểm soát bàn chân khi bước và tiếp đất.
- Hoàn thiện bài tập bước là khởi đầu cho hoạt động đi sau này của người bệnh.
- Cần giúp người bệnh có nhận thức đúng về tầm quan trọng của việc tập bước đi sao cho chính xác.
- Khi tập bước có thể sử dụng dụng cụ trợ giúp di chuyển như: Gậy, thanh song song, khung tập đi thang tường, nẹp,....
- Chú ý:
 - » Tập bước đi cho người bệnh càng sớm càng tốt.
 - » Kích thích sự độc lập càng giảm các sự trợ giúp (gậy, nạng, nẹp...) càng tốt.



4.6.2. Tập đi với thang tường

- Không được dựa vào thanh ngang
- Cố gắng đẩy và điều chỉnh thân mình đứng vững, một tay bám vào thanh ngang, kỹ thuật viên hỗ trợ bên liệt, người bệnh bước chân dồn trọng lượng đều trên hai chân phối hợp nhịp nhàng với tay.





4.6.3. Tập đi với thanh song song

- Xem xét điểm yếu (Weakness) của chân bị liệt, chứng rối loạn cảm giác.
- Tiến hành luyện tập với mục tiêu tăng sức bền, v.v...



4.6.4. Tập đi với hai người và có hỗ trợ chân liệt

Trong nhiều trường hợp người bệnh không thể nhắc được chân liệt khi di chuyển, kỹ thuật viên sẽ hỗ trợ chân liệt cho người bệnh nhằm giúp người bệnh chuyển trọng lượng và dồn trọng lượng sang chân liệt đúng cách.



4.6.5. Tập đi với nẹp hỗ trợ

Dùng nẹp cố định cổ chân và đầu gối phía bị liệt, luyện tập đi lại trong khi đỡ, hỗ trợ trọng lượng cơ thể phía bị liệt



4.6.6. Tập đi trên đường bằng

- Khởi đầu bước đi với chân liệt lên trước
- Phối hợp với nhịp chân và bước chân

4.6.7. Tập đi trên máy chạy bộ

Tùy vào khả năng của từng người bệnh để lựa chọn những bài tập thích hợp. Bài tập hỗ trợ di chuyển chân liệt trên máy, bài tập này giúp người bệnh tăng cường khả năng kiểm soát chân liệt khi di chuyển và thường được áp dụng trong giai đoạn đầu bắt đầu tập đi. Một số người bệnh có lực cơ tốt thì tập với sự giám sát...



4.7. BÀI TẬP LÊN XUỐNG CẦU THANG

4.7.1. Thực hiện bước lên cầu thang với chân lành lên trước

- Hỗ trợ và kiểm soát khung chậu, đầu gối khi người bệnh dồn trọng lượng khi bước chân lành lên.
- Hỗ trợ cẳng chân khi người bệnh bước chân liệt lên bậc trên.

4.7.2. Thực hiện bước xuống cầu thang với chân liệt xuống trước

- Hỗ trợ cẳng chân khi người bệnh bước chân liệt xuống dưới.
- Hỗ trợ và kiểm soát khung chậu, đầu gối khi người bệnh dồn trọng lượng khi bước chân lành xuống.



4.8. Luyện tập đi bộ cho người bệnh có rối loạn nhận thức.

- Xem xét bộ phận, mức độ mất kiểm soát
- Phải có khả năng thực hiện sinh hoạt hàng ngày, ngồi dậy
- Xem xét sử dụng dụng cụ nặng, đai bụng, đai tập đi
- Tiến hành luyện tập đứng dậy trước, sau đó là luyện tập ở tư thế đứng
- Đối với dụng cụ hỗ trợ đi bộ, ưu tiên bắt đầu sử dụng khung tập đi
- Thực hiện theo trình tự: Khung tập đi → Gậy → Tự đi
- Trường hợp luyện tập trong phòng, nên để người bệnh đi bộ men theo tường hoặc tay vịn, v.v...
 - » Luyện tập đi bộ trên máy để cải thiện chứng rối loạn đi đứng ở người bệnh bị đột quỵ não
 - » Luyện tập đi bộ sử dụng robot (Nên áp dụng cho trường hợp người bệnh không thể đi bộ trong vòng 3 tháng kể từ khi phát bệnh)



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Giáo trình Vật lý trị liệu - phục hồi chức năng dùng cho đối tượng kỹ thuật viên cao đẳng Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng tập 1 - NXB Y học năm 2004.
2. Trần Văn Chương (2010). Phục hồi chức năng người bệnh liệt nửa người do tai biến mạch máu não –NXB Y học 2010.
3. Tài liệu hướng dẫn tập phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não: “Khoa Phục hồi chức năng – Bệnh viện NCGM Nhật Bản”.



PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY

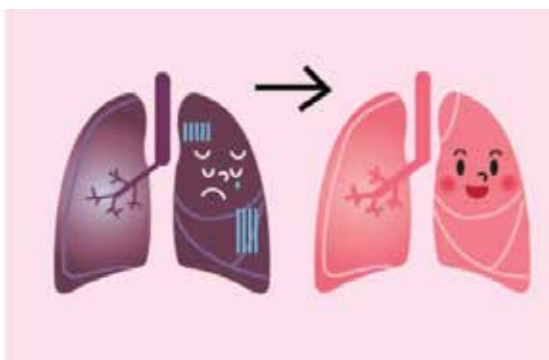
CN VLTL. Dương Công Đoàn
PT. Fukuda Yoko

Mục tiêu

1. Trình bày được định nghĩa phục hồi chức năng hô hấp, giải phẫu các thùy của phổi, lượng giá được chức năng hô hấp,
2. Thực hiện được các kỹ thuật vận động di động lồng ngực, các kỹ thuật tập thở, vỗ rung lồng ngực.
3. Thực hiện được kỹ thuật dẫn lưu tư thế, ép lồng ngực long đờm, kỹ thuật thở chu kỳ tự động (ACBT).
4. Trình bày được các kỹ thuật vận động cải thiện chức năng hô hấp.
5. Thực hiện và hướng dẫn được các tư thế cho Người bệnh.
6. Trình bày được một số lưu ý khi tập phục hồi chức năng hô hấp.

1. ĐỊNH NGHĨA PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP

Phục hồi chức năng hô hấp giúp làm giảm các triệu chứng khó thở, khô phục và cải thiện chất lượng cuộc sống, tăng khả năng gắng sức, giúp ổn định hoặc cải thiện bệnh, giảm đợt kịch phát phải nhập viện điều trị, giảm số ngày nằm viện, tiết kiệm chi phí điều trị.



2. GIẢI PHẪU PHÂN THÙY PHẾ QUẢN PHỔI

Hai bên phổi không đối xứng với nhau

Phân thùy phổi phải

Thùy trên của phổi: S1,S2,S3

Thùy giữa của phổi: S4,S5

Thùy dưới của phổi: S6,S7,S8,S9,S10

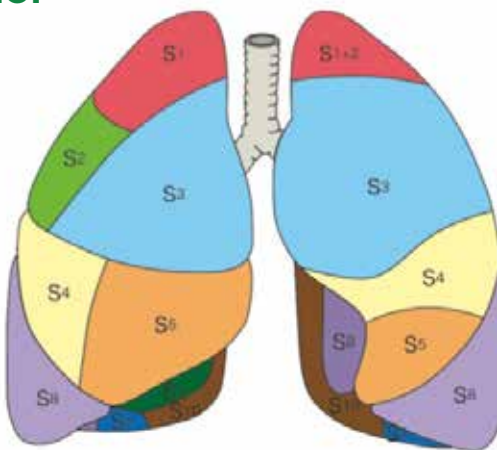
Phân thùy của phổi trái

Thùy trên của phổi: S1+2,S3,S4,S5

Thùy dưới của phổi: S6,S8,S9,S10

(Không có thùy giữa và S7, được hiển thị bằng S1+2)

(S là chữ cái đầu trong chữ segment)



3. LƯỢNG GIÁ TRƯỚC TẬP

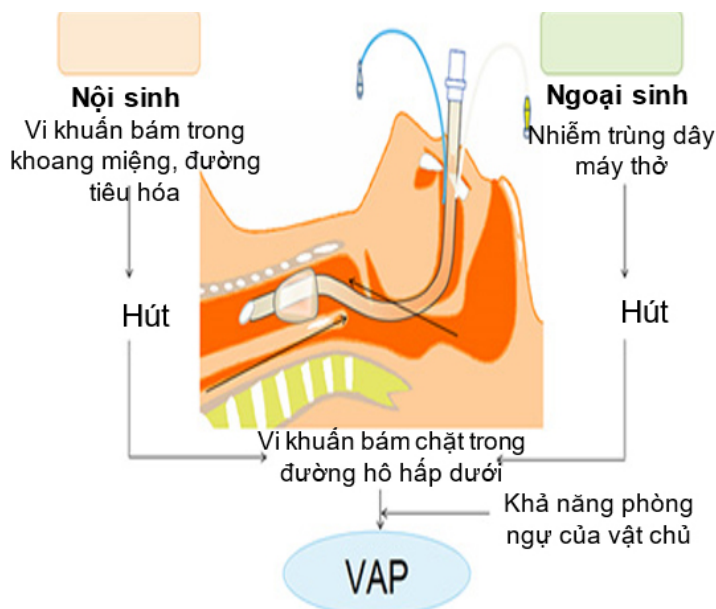
- Đánh giá tri giác và toàn trạng: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, nhịp tim, SPO2
- Quan sát:
 - » Hình dạng lồng ngực
 - » Sự di động bất thường của lồng ngực
 - » Co rút cơ hô hấp phụ
 - » Thở nhanh nông
- Sờ:
 - » Lượng gia vị trí tổn thương phổi
 - » Ước lượng được tổn thương phổi
 - » Sơ bộ đánh giá được tình trạng tràn khí dưới da, tràn dịch màng phổi
- Gõ:
 - » Gõ đục trong tràn dịch màng phổi
 - » Gõ vang trong tràn khí màng phổi
- Nghe:
 - » Rales bệnh lí
 - » Rì rào phế nang
 - » Tổn thương phổi
 - » Xẹp phổi
 - » Các bệnh lí tim mạch kèm theo

4. PHÒNG NGỪA VIÊM PHỔI DO THỞ MÁY (VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA -VAP)

4.1. ĐỊNH NGHĨA

Là viêm phổi phát sinh > 48h sau khi bắt đầu thở máy và không có viêm phổi trước khi bắt đầu thở máy.

4.2. NGUYÊN NHÂN PHÁT SINH





4.3. BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA

- Triệt để vệ sinh tay
- Chăm sóc khoang miệng (lau trong khoang miệng, tránh khô miệng)
- Tạo môi trường để nước ngưng tụ trong dây máy thở không chảy về phía người bệnh
- Đảm bảo độ sạch sẽ khi hút, cần hạn chế tối đa hút dịch nội khí quản
- Nâng thân trên lên cao 30~45°

5. CÁC BÀI TẬP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP

Các bài tập thở thụ động dành cho người bệnh RASS (-3 ~ -4)

Các bài tập thở chủ động và bài tập thở chủ động có kháng dành cho người bệnh RASS (0~ -1)

Thang điểm RASS (The Richmond Agitation-Sedation Scale)

Điểm số	Tình trạng	Triệu chứng lâm sàng
+4	Tranh đấu, hiếu chiến	Rõ ràng hiếu chiến, thích bạo lực; có nguy hiểm rình rập đối với nhân viên y tế
+3	Tình trạng não động quá mức, cực kỳ bị kích động	Có tính tấn công, tự mình rút bỏ các loại ống, catheter
+2	Tình trạng não động, bị kích động	Thường xuyên có những cử động cơ thể không chủ ý, kháng cự với máy thở, nhịp thở của người bệnh và nhịp của máy thở không đồng đều (fighting)
+1	Tình trạng bất an, mất bình tĩnh	Không ngừng lo lắng, hoang mang, tuy nhiên cử động không mang tính tấn công, cũng không mang tính hoạt bát.
0	Tình trạng tỉnh táo, an bình	Có ý thức, tỉnh táo.
-1	Tình trạng mơ màng	Không tỉnh táo hoàn toàn nhưng mở mắt và phản hồi giao tiếp bằng mắt từ 10 giây trở lên khi gọi.
-2	Tình trạng trấn tĩnh nhẹ	Mở mắt, phản hồi giao tiếp bằng mắt chưa đến 10 giây khi gọi.
-3	Tình trạng trấn tĩnh ở mức độ trung bình	Phản hồi bằng cử động cơ thể hoặc mở mắt khi gọi, nhưng không giao tiếp bằng mắt.
-4	Tình trạng trấn tĩnh sâu	Không phản ứng khi gọi, tuy nhiên có cử động hoặc mở mắt khi kích thích cơ thể.
-5	Hôn mê	Không phản ứng dù gọi hay dù kích thích cơ thể.

5.1. MỞ RỘNG LỒNG NGỰC BẰNG TAY

5.1.1. Vận động xoắn xương ức

Phương pháp di chuyển từng chiếc xương sườn bằng cách chuyển động bàn tay như động tác “vắt khăn” theo thứ tự từ xương sườn dưới lên trên theo sự thở ra của Người bệnh.



5.1.2. Vận động xoắn lồng ngực

Đặt một cánh tay dưới vai của Người bệnh, tay còn lại đặt vào phía dưới phần khung sườn để phù hợp với sự thở ra của Người bệnh. Chuyển động bàn tay như động tác “vắt khăn”.



5.1.3. Vận động gấp bên lồng ngực

Một tay đặt dưới vai của người bệnh và tay còn lại được sử dụng để cố định một bên xương sườn và thân mình gấp theo chiều thở ra của người bệnh



5.1.4. Vận động duỗi quá lưng

Phương pháp đưa cả hai tay vào cả hai nách của người bệnh, đặt toàn bộ các ngón tay (nhưng không bao gồm ngón cái) ở góc dưới vai và gấp khớp cổ tay, trong khi đó người bệnh hít thở sâu và nâng lưng.



5.1.5. Liệu pháp Sylvester

Các xương sườn dưới được cố định bằng căng tay, người bệnh thở sâu, hai cánh tay của người bệnh được đặt lên đầu và ngực được mở rộng.



5.2. KÉO GIÃN CƠ GIÀN SƯỜN

Các đầu ngón tay (không bao gồm ngón cái) của cả hai bàn tay được đặt giữa các xương sườn theo đường cong của lồng ngực, các xương sườn được kéo xuống theo sự thở ra, và các cơ liên sườn bên trong và bên ngoài được kéo giãn.



5.3. KỸ THUẬT KIỂM SOÁT LUỒNG KHÍ THÌ THỞ RA

- Mục đích: Để mở đường thở ngoại vi bằng cách tăng áp lực đường thở.
- Cách này có thể áp dụng cho cả Người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
- Phương pháp: Hít vào mũi, thở ra bằng miệng và phát ra âm thanh [f; woo] hoặc [s; woo], và từ từ thở ra.
- Hít vào : Thở ra = 1:3~5
- Kết quả: sẽ có thể cảm thấy hơi thở của trong 30 cm về phía trước



5.4. THỞ CƠ HOÀNH

- Hiệu quả : Giảm số nhịp thở, tăng thể tích thông khí một lần .Cải thiện hiệu suất thông khí, hiệu suất trao đổi khí . Giảm khó thở
- Phương pháp : Nằm ngửa , đặt tay lên ngực và bụng hít vào sâu bụng căng lên (kéo cơ hoành xuống dưới do co thắt cơ hoành) và thở ra từ từ(thư giãn và nâng cơ hoành)



5.5. KỸ THUẬT TẬP THỞ PHÂN THỪY

Là hướng sự thở vào vùng tổn thương

- Chỉ định: người bệnh xẹp phổi, phẫu thuật cắt thùy phổi, tràn dịch màng phổi, viêm phổi...
- Kỹ thuật :
 - » Tay KTV đặt lên vùng thành ngực tương ứng với vùng phổi cần tăng thông khí.
 - » Đầu tiên tay chuyển động lên xuống theo nhịp thở.
 - » Sau đó KTV dùng áp lực ở hai bàn tay ấn đẩy lên lồng ngực vài lần khi người bệnh thở ra.

5.6. KỸ THUẬT VỖ LỒNG NGỰC

- Mục đích: làm rung cơ học và làm long đờm dai ứ đọng trong phổi
- Vỗ lồng ngực tạo nên các sóng cơ học tác động qua thành ngực vào phổi
- Vị trí vỗ;
- Tương ứng với các phân thùy ở phổi
- Vỗ phía sau và 2 bên lồng ngực
- Kỹ thuật:
 - » Bàn tay khum tại ngón các ngón khép kín
 - » Khi vỗ lên lồng ngực sẽ tạo được một đệm không khí giữa tay và lồng ngực
 - » Hai bàn tay hơi cong đặt sát với thành lồng ngực phía sau vỗ nhịp nhàng và di chuyển trên thành ngực với lực đều nhau
 - » Hai tay lên xuống nhịp nhàng vỗ trên lồng ngực, tốc độ vừa phải, không quá mạnh
 - » Bàn tay vỗ có thể di chuyển lên trên hay xuống dưới hoặc ra xung quanh theo kiểu vòng tròn
 - » Phải lót khăn mỏng trên da
 - » Không vỗ vào vùng xương nhô lên : như cột sống, xương đòn, xương bả vai

5.7. DẪN LƯU TƯ THỂ

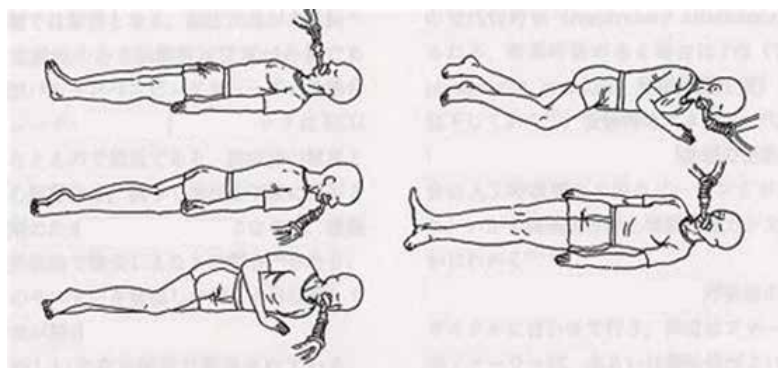
Sử dụng trọng lực để đẩy phần đang tích đờm lên trên, cho đờm di chuyển theo hướng từ cuối đường hô hấp đến đường hô hấp lớn hơn, để đờm khạc ra dễ hơn.

Phương pháp này phù hợp:

- Nếu đờm cao (25-30 ml trở lên mỗi ngày)
- Nếu khó thở ra đờm (đờm ở ngoại vi, thông khí không đủ, và ho rất khó

CÁC TƯ THẾ DẪN LƯU

Thay đổi tư thế tùy thuộc vào thù phế quản phổi đang tích tụ đờm.



5.8. ÉP LỒNG NGỰC LONG ĐỜM

Đánh giá vị trí của chất dịch tích tụ

Chọn tư thế thích hợp

Tăng thêm áp lực thích hợp đến vị trí thở tối đa

- Tăng thêm áp lực theo hướng phù hợp với vận động của lồng ngực theo giai đoạn thở ra
- Thực hiện bằng cách tận dụng sự chuyển động của trọng tâm mà không cần phụ thuộc vào tay

Chỉ định

- Trường hợp có dịch tiết trong đường hô hấp, người bệnh gặp khó khăn khi tự khạc ra
- Trường hợp cần giải phóng ra thường xuyên đối với bệnh có nhiều dịch tiết. (Ví dụ) Người bệnh đang quản lý bằng máy hô hấp nhân tạo, sau phẫu thuật, suy hô hấp mãn tính, tai biến mạch máu não, v.v...

Chống chỉ định

- Bệnh có huyết động lực không ổn định
- Tràn khí màng phổi chưa được điều trị
- Xuất huyết phổi
- Gãy nhiều xương sườn, v.v...

Cách đặt tay lên lồng ngực

- Đặt nguyên lòng bàn tay sao cho khớp với hình dạng của lồng ngực
- Cố gắng không tạo khoảng hở giữa lòng bàn tay và bề mặt cơ thể





Luôn đặt cong khuỷu tay

- Nếu khuỷu tay của bạn duỗi quá thẳng, thì sẽ dồn nhiều trọng lượng lên cơ thể
- Có thể kiểm soát lực bằng cách uốn cong khuỷu tay



Uốn cong đầu gối để giữ ổn định cho cơ thể

- Bạn sẽ dễ dàng di chuyển trọng lượng cơ thể bằng cách giữ ổn định tư thế
- Nếu vị trí của eo quá cao, sẽ gây áp lực lên eo của chuyên viên điều trị



Đứng ở gần vị trí người bệnh để thực hiện

- Khi đứng càng gần người bệnh, thì sẽ càng dễ kiểm soát lực hơn
- Có thể dễ nghe được tiếng thở và nắm bắt sự thay đổi âm thanh của người bệnh



Phương pháp ép lồng ngực long đờm

- Ép theo hướng vận động của lồng ngực, phù hợp với nhịp thở của người bệnh.
- Không ép trọng lực của tay và trọng lượng cơ thể cùng một hướng



5.9. CHU TRÌNH KỸ THUẬT TẬP THỞ CHỦ ĐỘNG ACBT

Kỹ thuật thở chu kì tự động (ACBT) là sự kết hợp các kỹ thuật thở khác nhau giúp làm sạch chất nhầy từ phổi theo ba giai đoạn.

- Giai đoạn đầu tiên giúp thư giãn đường thở.
- Giai đoạn thứ hai giúp lấy không khí phía sau chất nhầy và làm sạch chất nhầy.
- Giai đoạn thứ ba giúp đẩy chất nhầy ra khỏi phổi.

5.9.1 Kiểm soát hơi thở

Kiểm soát hơi thở giúp thư giãn đường thở. Hít vào bằng mũi và thở ra bằng miệng với một cách nhẹ nhàng. Sử dụng nhịp thở bình thường, nhẹ nhàng với ngực dưới trong khi thư giãn ngực trên và vai.

Một cách tốt để thực hiện là đặt một tay lên bụng khi thở. Nhớ thở nhẹ nhàng để thư giãn đường thở. Bằng cách sử dụng kỹ thuật môi mím khi thở ra (mím môi như đang hôn), tạo ra áp lực ngược ở đường thở khiến cho đường thở mở ra lâu hơn. Lặp lại kiểm soát hơi thở trong sáu nhịp thở trước khi chuyển sang các bài tập mở rộng lồng ngực.

5.9.2 Bài tập mở rộng lồng ngực

Hít vào thật sâu. (Một số người sử dụng hơi thở ba giây để có thêm không khí vào đường thở nhỏ hơn và phía sau chất nhầy.) Sau đó thở ra mà không buộc không khí ra ngoài. Điều này có thể được thực hiện với vỗ ngực hoặc rung, tiếp theo là một chu kỳ kiểm soát hơi thở khác.

5.9.3 Kỹ thuật thở ra cứng bức

Ho khan ở các độ dài khác nhau, có kiểm soát để di chuyển chất nhầy lên đến đường thở lớn hơn. Kỹ thuật này nên được lặp đi lặp lại cho đến khi tất cả các chất nhầy đã được đưa ra khỏi phổi.

- Thở ra một cách nhanh và mạnh, tạo thành các âm "ha, ha" với nắp thanh môn (thuộc thanh quản) mở ra khi thở ra tối đa
- Ho: sau khi thở ra tối đa, nắp thanh môn đóng lại để co các cơ hô hấp (tăng áp lực ngực), sau đó nắp thanh môn được mở ra một cách đột ngột để thông khí trong phổi cùng lúc thúc đẩy việc tống đờm ra



5.10. CÁC KỸ THUẬT VẬN ĐỘNG

Các kỹ thuật vận động làm tăng sức mạnh, sức bền của tay : tập tạ, dây cao su, tập tay với bóng mềm...

Các bài tập làm tăng sức mạnh, sức bền của chân : tập bắc cầu, tập đi trên thảm lăn, tập đạp xe...
Các bài tập điều hòa, cân bằng , thư giãn

5.10.1. Mục đích : làm tăng cường sức mạnh , sức bền của các cơ ở chân và tay

5.10.2. Hình thức tập luyện : tập từ nhẹ đến nặng tùy theo tình trạng Người bệnh

- Tăng dần cường độ và thời gian tập
- Tập nhanh mạnh lặp lại ít để tăng sức mạnh cơ, tập chậm đều lực vừa phải thời gian dài để tăng sức bền cơ

Nội dung	Tư thế
Hạn chế hoạt động cơ quá mức xung quanh vùng vai, cổ bằng cách đặt gối dưới cánh tay.	
Sau khi đã nâng chi dưới lên, có thể nâng ngửa VAP bằng cách nâng thân trên lên cao ít nhất 30.	
Trong bệnh mạch máu não, trường hợp bị chứng liệt co cứng nặng thì cần chú ý đặc biệt đến vị trí của chi trên. Sức nặng của chi trên v.v. sẽ làm hạn chế khả năng cử động của lồng ngực.	 

5.12. MỘT SỐ LƯU Ý KHI TẬP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP

5.12.1. Trường hợp không có chỉ định tập

- Sốt từ 38°C trở lên kèm theo cảm giác uể oải mạnh
- Huyết áp tâm thu khi nghỉ ngơi từ 80 mmHg trở xuống (tình trạng sốc tim)
- Huyết áp tâm thu khi nghỉ ngơi từ 200 mmHg trở lên hoặc Huyết áp tâm trương từ 120 mmHg trở lên
- Nhận thấy hô hấp bất thường vào lúc nghỉ ngơi (Thở chậm từ 10 lần/phút trở xuống kèm theo dạng thở bất thường. Thở nhanh từ 40 lần/phút trở lên kèm theo ngộ độc CO₂ (CO₂ narcosis))
- Bệnh có huyết động không ổn định
- Chảy máu phổi
- Gãy nhiều xương sườn....
- Nhận thấy diễn biến các tổn thương nhận thức
- Tràn khí màng phổi chưa được điều trị

5.12.2. Trường hợp dừng tập và nên hỏi ý kiến bác sỹ

- Khi mạch vượt quá 140 lần/phút (ngoại trừ trường hợp vượt trong giây lát)
- Khi xuất hiện loạn nhịp tim nguy hiểm (Ngoại tâm thu thất từ 4B trở lên theo phân loại của Lown, chạy nhanh (short run), block RonT Mobitz cấp II, block nhĩ thất hoàn toàn)
- Khi SpO₂ hạ còn từ 90% trở xuống (ngoại trừ trường hợp hạ thấp trong giây lát)
- Cường độ đau nhức khi cơ thể vận động tăng mạnh với VAS từ 7 trở lên
- Những Người bệnh có bệnh lý xương sườn như loãng xương, chấn thương ngực

6. KẾT LUẬN

Phục hồi chức năng hô hấp có vai trò quan trọng trong tiến trình phục hồi của người bệnh đột quy, làm rút ngắn thời gian điều trị và tiết kiệm chi phí cho người bệnh, giúp người bệnh sớm tái hòa nhập cộng đồng, mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Tài liệu "Hướng dẫn tập phục hồi chức năng hô hấp cho người bệnh đột quy não". Khoa Phục hồi chức năng - Bệnh viện NCGM Nhật Bản.
2. Tài liệu "Các kỹ thuật áp dụng trong phục hồi chức năng hô hấp". Khoa thăm dò và phục hồi chức năng Bệnh viện Phổi TW.
3. Giáo trình " Phục hồi chức năng nội khoa" - Trường đại học Y khoa Tokyo Việt Nam.



CHƯƠNG TRÌNH HƯỚNG DẪN TẬP LUYỆN TẠI NHÀ CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY

CN VLTL. Nguyễn Hải Linh

Mục tiêu

1. **Giúp người bệnh phòng tránh các thương tật thức cấp: teo cơ, cứng khớp, dự phòng loét, úr trệ tuần hoàn, rối loạn dinh dưỡng...**
2. **Giúp người bệnh có thể tự làm được một số hoạt động trên giường.**
3. **Giúp người bệnh tự lăn trở, ngồi dậy và rời giường khi sức khỏe đủ điều kiện.**

TỔNG QUAN ĐỘT QUY NÃO

Đột quy não là những tổn thương thần kinh trung ương xảy ra đột ngột mang tính chất khu trú hơn là lan tỏa, do nguyên nhân mạch máu nuôi dưỡng, thường để lại di chứng sau 24h hoặc tử vong trong 24h.

Đột quy não để lại nhiều di chứng cho người bệnh, các biểu hiện hay gặp là: Liệt nửa người, méo miệng, nói khó, nuốt khó, giảm nhận thức... ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt, khả năng độc lập của người bệnh.

Các yếu tố nguy cơ của đột quy não có thể phòng tránh được là:

- Thói quen, lối sống: Rượu bia, chất kích thích, thuốc lá, lười vận động
- Bệnh lý tim mạch: Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu
- Bệnh lý khác: Đái tháo đường...
- Các yếu tố không thay đổi được: Tuổi, Giới, Chủng tộc

1. TƯ THẾ:

Người bệnh cần được đặt ở tư thế đúng để giảm bớt mẫu co cứng, để phòng các thương tật thức cấp. Có các tư thế đặt người bệnh như sau

1.1. Tư thế nằm ngửa:

Vai và hông bên liệt được kê gối mềm, khớp gối gập nhẹ; cổ chân được kê vuông góc với cẳng chân để tránh biến dạng gập bàn chân về phía lòng bàn chân.

1.2. Tư thế nằm nghiêng bên liệt:

Vai bên liệt gập, cánh tay duỗi vuông góc với thân, thân mình nửa ngửa, chân liệt duỗi. Tay lành để trên thân hoặc gối đỡ phía lưng. Chân lành gập ở háng và gối.

1.3. Tư thế nằm nghiêng bên lành:

Vai và cánh tay bên lành để tự do. Chân lành để duỗi. Thân mình vuông góc với mặt giường. Tay liệt có gối đỡ để vuông góc với thân. Chân liệt có gối đỡ ở tư thế gập háng và gối.

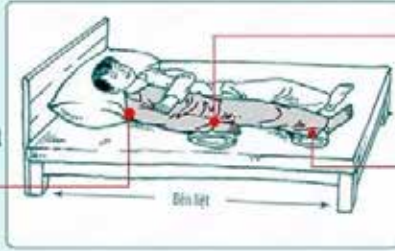
TẬP GIAI ĐOẠN ĐẦU

Khi cơ thể người bệnh chưa thể tự cử động lại được.

TẬP TƯ THẾ NẪM

Tư thế nằm ngửa.

Kê gối đầu đến vai.



Cuộn chân kê hông bên liệt.

Cuộn chân nâng chân bên liệt.

TẬP TƯ THẾ NẪM NGHIÊNG BÊN LIỆT

Gập vai, cánh tay duỗi vuông góc.

Chân lành gập vuông góc, kê gối nâng chân.

Chân liệt duỗi thẳng.



Kê gối đầu đến khớp vai.

Chặn gối mềm dọc sau lưng.

Trục cơ thể thẳng.

TƯ THẾ NẪM NGHIÊNG BÊN LÀNH

Gập vai, cánh tay lành thả lỏng tự nhiên.

Chặn gối mềm sau lưng.

Chân lành duỗi tự nhiên.



Ôm gối mềm làm điểm tựa đỡ cánh tay liệt.

Kê gối mềm nâng toàn bộ chân liệt.

LƯU Ý

Bệnh nhân cần nằm đúng tư thế để giảm bớt sự co cứng và để phòng khớp biến dạng. Đồng thời lăn trở mình để tránh ê mỏi:

Lăn sang bên lành:
Bên liệt ở phía trên.



Lăn sang bên liệt:
Bên liệt ở phía dưới.





2. CÁCH LĂN TRỞ VÀ NGỒI DẬY

2.2. LĂN SANG BÊN LIỆT:

Nâng tay và chân lành lên => Đưa chân và tay lành về phía bên liệt => Xoay thân mình sang bên liệt.

2.3. LĂN SANG BÊN LÀNH:

Cài tay lành vào tay liệt => Dùng tay lành kéo tay liệt sang phía tay lành

=> Người hỗ trợ giúp người bệnh, gập gối và háng bên liệt, kéo hông người bệnh xoay sang bên lành.

2.3. NGỒI DẬY:

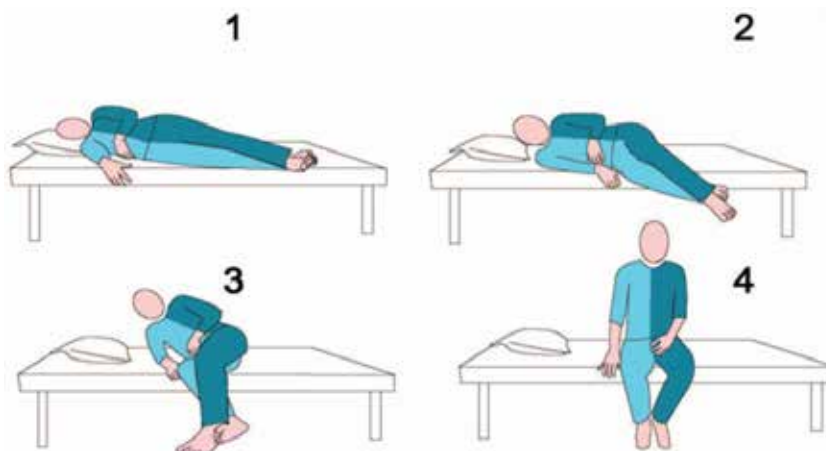
2.3.1. Ngồi dậy phía bên liệt:

- Người tập đứng về phía bên liệt, giúp Người bệnh nằm nghiêng phía bên liệt sát mép giường, hai chân gập. Tay bên liệt duỗi thẳng ra trước, vuông góc với thân mình, bàn tay bên lành chống lên mặt giường, phía trên tay liệt.
- Sau đó người tập hướng dẫn hoặc giúp Người bệnh đưa hai chân ra ngoài mép giường, rồi nâng đầu và vai lên khỏi mặt giường với sự hỗ trợ của tay bên lành và tay bên liệt.
- Đồng thời Người bệnh dùng tay lành và tay liệt đẩy thân mình lên để ngồi dậy. Người tập trợ giúp Người bệnh thực hiện động tác bằng cách hỗ trợ Người bệnh nâng đầu và vai lên, giữ bàn tay liệt cố định trên mặt giường trong khi vận động.



2.3.2. Ngồi dậy phía bên lành:

Người bệnh nằm nghiêng bên lành cạnh mép giường. Chân lành luồn dưới gót chân liệt đưa chân liệt ra ngoài mép giường. Thả cả hai chân xuống dưới cạnh giường. Chống khuỷu tay lành lên mặt giường, duỗi tay lành để đẩy thân mình ngồi lên. Khi đó người nhà đỡ vai dưới để hỗ trợ Người bệnh ngồi dậy.

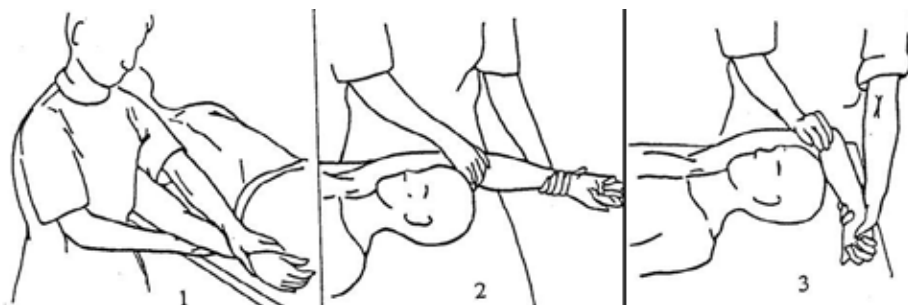


3. BÀI TẬP Ở TƯ THẾ NẪM

3.2. KHỚP VAI:

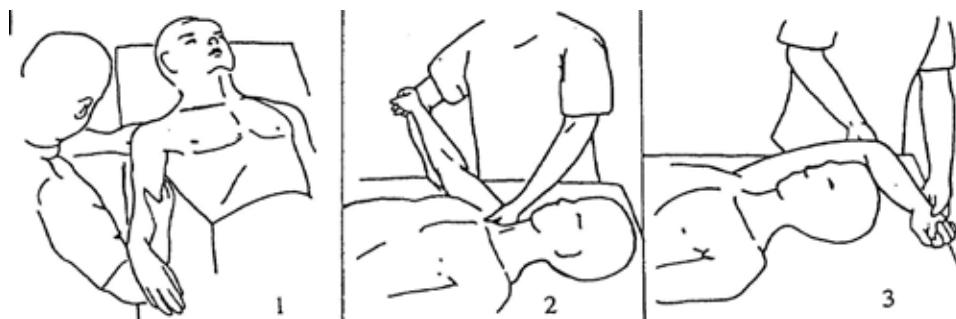
3.2.1. Tập gấp và duỗi khớp vai:

Người tập dùng bàn tay phải đỡ khuỷu tay, bàn tay trái đỡ cổ tay, giữ tay người bệnh duỗi thẳng, sau đó từ từ đưa tay người bệnh lên phía đầu



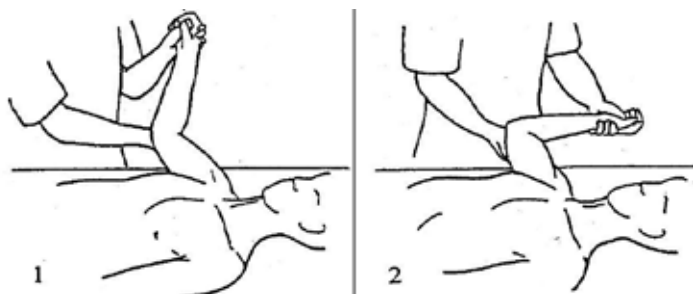
3.2.2. Tập dạng, khép khớp vai:

- Người tập dùng tay phải đỡ khuỷu tay và cẳng tay của người bệnh ở vị thế trung gian, bàn tay trái giữ khớp vai để khi tập không làm đẩy khớp vai người bệnh lên trên.
- Sau đó người tập từ từ dạng khớp vai ra cho đến khi tay người bệnh vuông góc với thân mình.



3.2.3. Tập xoay khớp vai:

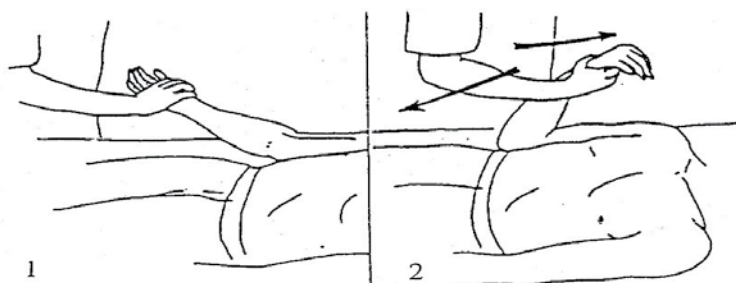
- Người bệnh nằm ngửa, tay dạng ngang vuông góc với thân, khớp khuỷu gấp vuông góc.
- Người tập dùng tay trái nắm giữ cổ tay và bàn tay Người bệnh, tay phải đỡ khuỷu tay Người bệnh.
- Tập xoay khớp vai ra ngoài bằng cách đưa bàn tay người bệnh lên phía trên đầu cho đến khi mu bàn tay sát mặt giường, sau đó đưa bàn tay người bệnh lại vị trí ban đầu, lòng bàn tay xuống sát mặt giường.





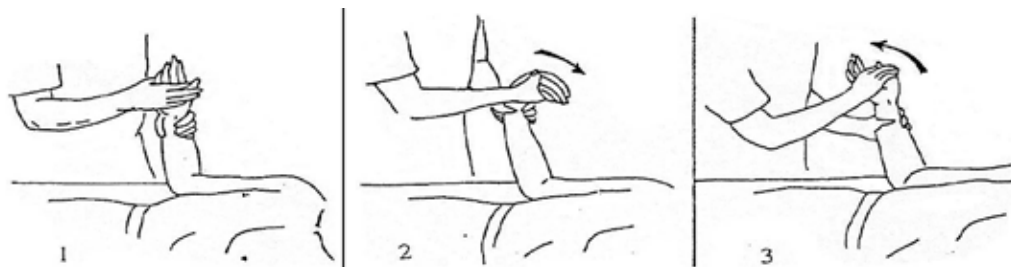
3.3. KHỚP KHUỖY:

Người bệnh nằm ngửa, tay duỗi dọc theo thân. Người tập dùng bàn tay phải nắm đỡ cổ tay và bàn tay người bệnh với ngón cái ở phía mu, các ngón khác ở phía lòng bàn tay, sau đó từ từ gấp khuỷu tay của Người bệnh lại, rồi duỗi ra trở về vị trí ban đầu và tập lại như trước.



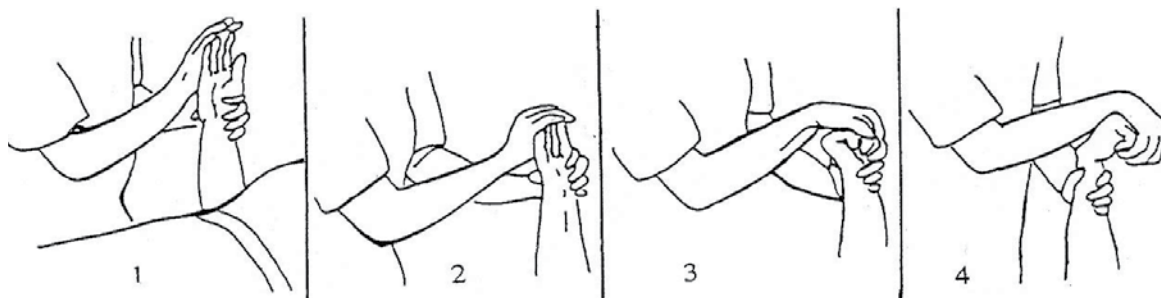
3.4. KHỚP CỔ TAY:

- Người bệnh nằm ngửa, tay duỗi dọc theo thân, khuỷu tay gấp vuông góc. Người tập dùng tay trái nắm giữ cổ tay, tay phải nắm giữ bàn và các ngón tay người bệnh giữ ngón tay cái của Người bệnh giữa ngón tay trỏ và ngón giữa của mình.
- Sau đó gấp khớp cổ tay người bệnh về phía lòng bàn tay và hơi nghiêng về phía ngón út, rồi gấp khớp cổ tay người bệnh về phía mu bàn tay và hơi nghiêng về phía ngón cái.



3.5. NGÓN TAY:

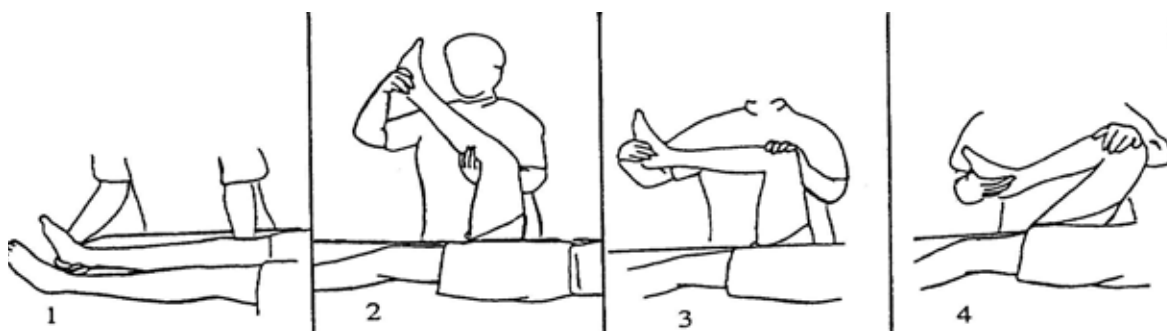
Người tập khum các ngón tay của bàn tay phải lại và úp lên các ngón tay của người bệnh ở phía mu bàn tay. Tay trái của người tập giữ khớp cổ tay của người bệnh duỗi thẳng, sau đó dùng bàn tay phải gấp các ngón tay Người bệnh lại về phía lòng bàn tay cho đến khi tạo thành nắm đấm.



3.6. KHỚP HÁNG, GỐI:

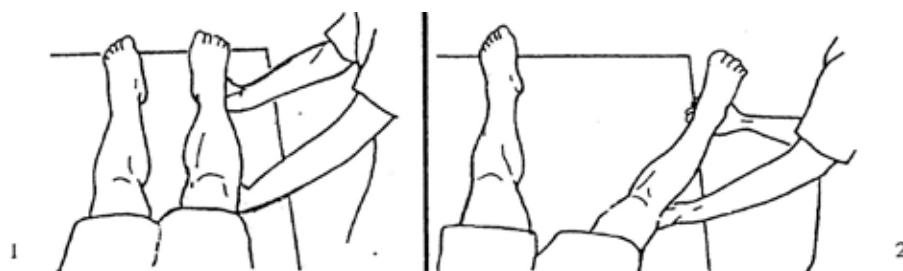
3.6.1. Tập gấp và duỗi khớp háng, gối

Người bệnh nằm ngửa, người tập dùng tay phải đỡ gót chân, tay trái đỡ dưới khoeo chân người bệnh, sau đó gấp nhẹ khớp gối rồi từ từ đưa đùi người bệnh về phía bụng, khi hết cử động lại đưa về vị trí ban đầu.



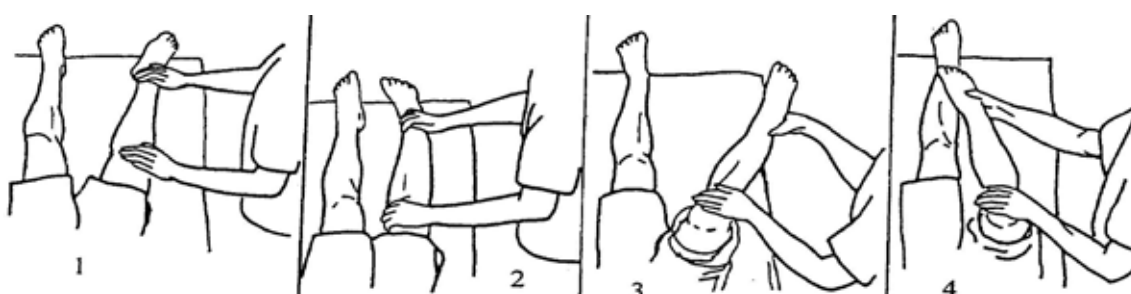
3.6.3. Tập dạng và khép khớp háng:

Người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng. Người tập dùng tay phải đỡ dưới gót, tay trái đỡ dưới khoeo chân người bệnh, sau đó từ từ đưa chân người bệnh ra ngoài, rồi đưa trở lại vị trí ban đầu.



3.6.4. Tập xoay khớp háng:

Người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng. Người tập đặt bàn tay phải của mình trên khớp cổ chân, bàn tay trái trên khớp gối của Người bệnh sau đó từ từ xoay khớp háng ra ngoài và xoay khớp háng vào trong.

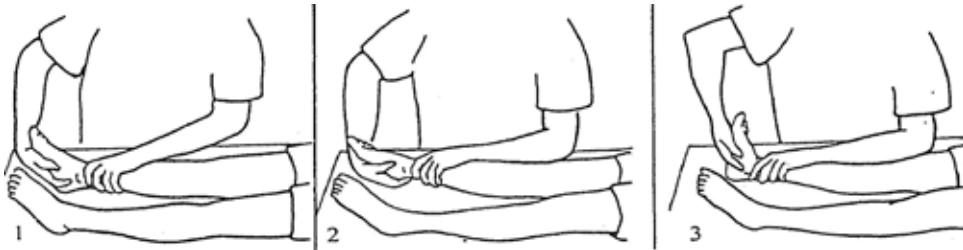




3.8. KHỚP CỔ CHÂN:

Tập gấp và duỗi khớp cổ chân:

- Người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng. Người tập dùng bàn tay phải đỡ gót chân và bàn chân, bàn tay trái nắm giữ phía trên khớp cổ chân của Người bệnh.
- Sau đó từ từ dùng tay phải gấp khớp cổ chân Người bệnh về phía lòng bàn chân, rồi tiếp đến gấp khớp cổ chân về phía mu bàn chân đến mức tối đa, sau đó tập vận động lại như đã làm ở trên.



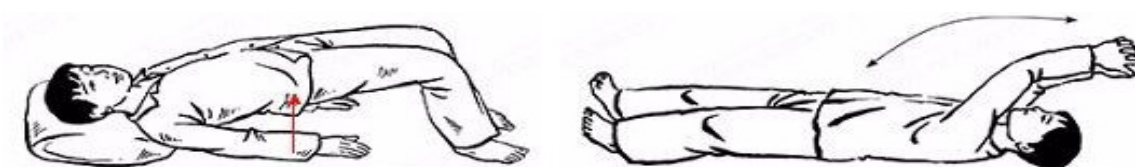
3.9. MỘT SỐ BÀI TẬP KHÁC:

3.9.1 Nâng hông lên khỏi mặt giường (bài tập bắc cầu)

Nâng hông lên khỏi mặt giường Người bệnh nằm ngửa, hai tay đặt dọc thân mình, hai chân gấp, đặt hai chân sát nhau. Nâng hông lên khỏi mặt giường, càng cao càng tốt, và càng lâu càng tốt. Để người bệnh đếm 1,2,3,4... đến 15-20 hãy đặt hông xuống giường. Làm lại khoảng 10 lần.

3.9.2. Hai tay đưa lên đầu:

- Tay lành cài vào các ngón tay bên liệt, đưa hai tay duỗi thẳng về phía đầu. Cố gắng đưa khuỷu tay hai bên ngang tai. Sau đó, Hạ hai tay về vị trí cũ. Làm lại 10 - 15 lần.
- Nâng hông: Người bệnh tự nâng hông. Đếm từ 1 đến 20 rồi hạ xuống. Thực hiện 10 lần.
- Đưa hai tay lên phía đầu: Tay lành đan/ giữ tay liệt. Nâng cả hai tay đến ngang tai. Hạ tay về vị trí cũ. Thực hiện 10 lần.



Chú ý:

- Khi tập cần cầm nắm cố định càng gần khớp cử động càng tốt
- Thực hiện cử động nhẹ nhàng, đều đặn, lặp đi lặp lại, thực hiện từ khớp lớn đến khớp nhỏ.
- Mỗi ngày chỉ nên tập 3-4 lần, mỗi lần khoảng 20 phút, trong quá trình tập thấy người bệnh có dấu hiệu bất thường thì dừng tập và báo ngay cho bác sỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. NCGM (2018). Tài liệu khóa tập huấn "Project of Surgical Team Approach to Health and Medicine Based on Bach Mai Hospital"
2. HI (2017). Tài liệu khóa tập huấn: Phục hồi chức năng cho người bệnh liệt nửa người
3. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng - Tài liệu số 1 Phục hồi chức năng sau tai biến mạch máu não - NXB Y học 2008
4. Hà Hoàng Kiệt (2014). Hướng dẫn phục hồi chức năng cho người liệt nửa người do đột quỵ não

LƯỢNG GIÁ CHỨC NĂNG CHI TRÊN CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ THEO THANG ĐIỂM BRUNNSTROM

CN VLTL. Nguyễn Phú Sỹ

Mục tiêu

1. Trình bày được mô hình can thiệp chi trên cho người bệnh đột quỵ não theo Brunnstrom
2. Liệt kê và mô tả được các giai đoạn Brunnstrom của khớp vai và bàn tay của người bệnh đột quỵ não
3. Trình bày được các phương pháp tập phục hồi chức năng cho từng giai đoạn Brunnstrom

1. LIỆU PHÁP VẬN ĐỘNG CỦA BRUNNSTROM:

Signe Brunnstrom, là một kỹ thuật viên Vật lý trị liệu đưa ra quan điểm:

- Mô tả chi tiết phản xạ và các phản ứng liên hợp được thể hiện bởi người bệnh đột quỵ não.
- Khái niệm về các mẫu đồng vận gập và duỗi ở người bệnh bị liệt nhẹ tay và chân.
- Một điều trị theo trình tự được đề xuất, được thiết kế để di chuyển người bệnh qua bảy giai đoạn phục hồi cho cánh tay và bàn tay

2. CÁC GIAI ĐOẠN BRUNNSTROM

Giai đoạn I	Liệt mềm: không có vận động hữu ý, không có trương lực cơ, hoặc các phản ứng thuộc phản xạ
Giai đoạn II	Các mẫu đồng vận có thể kích hoạt theo phản xạ; co cứng đang phát triển
Giai đoạn III	Bắt đầu vận động hữu ý nhưng chỉ theo mẫu đồng vận; co cứng có thể còn nhiều
Giai đoạn IV	Co cứng bắt đầu giảm; khả năng hữu ý thực hiện các động tác hơi ra khỏi các mẫu đồng vận
Giai đoạn V	Gia tăng kiểm soát các động tác hữu ý khu biệt, mẫu đồng vận độc lập
Giai đoạn VI	Kiểm soát vận động khu biệt; co cứng tối thiểu
Giai đoạn VII	Tốc độ và điều hợp chức năng vận động bình thường

- Theo cách tiếp cận này, những cử động có phản xạ là dấu hiệu báo trước của sự thực hiện vận động theo chức năng chủ động
- Cách tiếp cận này cho lời khuyên với kỹ thuật viên sử dụng những kĩ thuật để loại bỏ những đáp ứng theo phản xạ/ những sự đồng vận để kích thích cử động.



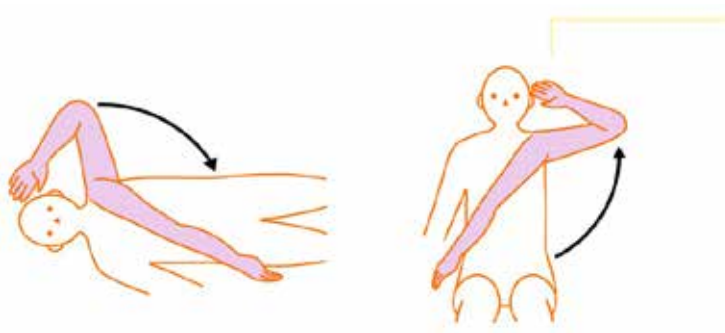
- Những cách tiếp cận gần đây nhìn nhận rằng những phản xạ/ mẫu đồng vận là những chiến lược thích nghi không tốt và các bài tập đưa ra nhằm chống lại các mẫu đồng vận được áp dụng. Ví dụ: sử dụng phương pháp phát triển thần kinh (NDT), kéo giãn, đặt tư thế ...
- Các giai đoạn Bruunstrom ngày nay vẫn được sử dụng như là đánh giá mức độ tổn thương cho người bệnh đột quỵ não.
- Đánh giá Vận động Fugl Meyer (FMA) (Fugl-Meyer và cộng sự., 1975), đôi khi được gọi là Đánh giá Chức năng Vận động của Bruunstrom – Fugl – Meyer, là một bản điều chỉnh được sử dụng rộng rãi trong Phân loại người bệnh đột quỵ não. Đánh giá này, thường được coi là “tiêu chuẩn vàng” để đánh giá khả năng di chuyển, được sử dụng bởi các nhà nghiên cứu cũng như các bác sĩ lâm sàng, ngay cả khi tiếp cận trị liệu của Bruunstrom không được sử dụng.

3. GIAI ĐOẠN BRUNNSTROM CỦA CHI TRÊN:

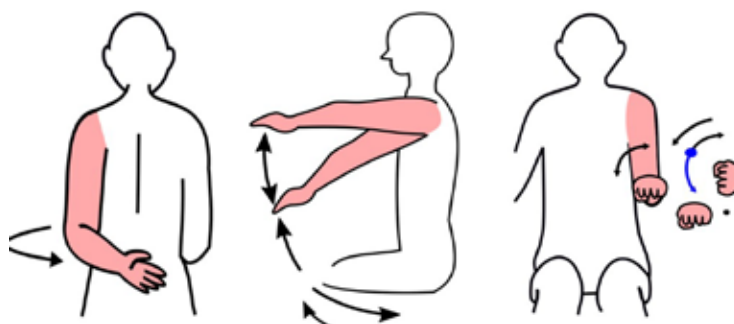
3.1 Giai đoạn Bruunstrom khớp vai, khuỷu tay

Giai đoạn I	Không có vận động có chủ ý (mềm nhẽo)
Giai đoạn II	Bắt đầu xuất hiện vận động không chủ ý (xuất hiện sự co cứng)
Giai đoạn III	Xuất hiện mẫu đồng vận gập hoặc duỗi (sự co cứng rõ rệt)
Giai đoạn IV	Có những cử động riêng lẻ xuất hiện (Sự co cứng giảm dần)
	Đặt bàn tay ra sau thắt lưng
	Nâng cánh tay lên vị trí nằm ngang phía trước
	Gập khuỷu tay 90 độ sau đó giữ nguyên vị trí này, xoay cẳng tay vào trong và ra ngoài
Giai đoạn V	Vận động độc lập với vận động cơ bản (giảm co cứng)
	Dang cánh tay sang ngang
	Gập khớp vai qua đầu
	Duỗi khớp khuỷu tay và quay sấp quay ngửa cánh tay
Giai đoạn VI	Chuyển động phối hợp gần như bình thường (độ co giãn tối thiểu)

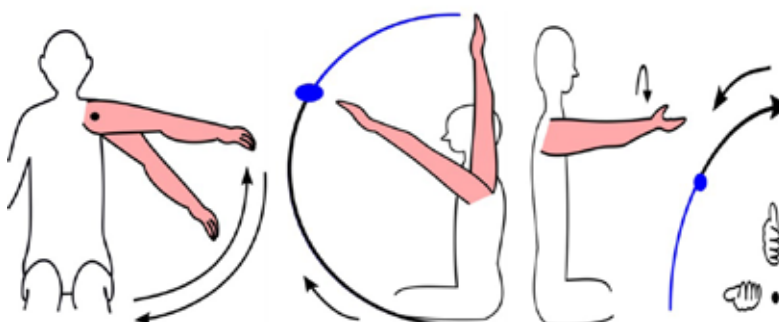
Giai đoạn III



Giai đoạn IV



Giai đoạn V



3.2 Giai đoạn Brunnstrom của ngón tay

Giai đoạn I	Ngón tay duỗi hoàn toàn (liệt hoàn toàn)
Giai đoạn II	Ngón tay có thể cử động một chút hoặc không cử động được
Giai đoạn III	Một trạng thái trong đó tất cả các ngón tay có thể được nắm theo nhóm có chủ ý. Tuy nhiên, không tử mở hoặc duỗi ngón tay có chủ ý
Giai đoạn IV	Có thể duỗi một cụm ngón tay, có thể gập, duỗi ngón cái có chủ ý một chút, có thể nắm bên.
Giai đoạn V	Hoàn toàn có thể duỗi theo cụm, nắm hình trụ, nắm hình cầu động tác còn vụng về, khó sử dụng
Giai đoạn VI	Có thể thực hiện tất cả các thao tác cầm nắm, cải thiện sự khéo léo, có thể duỗi được hoàn toàn. Có thể cử động từng ngón nhưng so với bên tay khỏe thì kém hơn nhiều



Giai đoạn V



Giai đoạn VI



4. BÀI TẬP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TỪNG GIAI ĐOẠN BRUNNSTROM

		Br1	Br2	Br3	Br4	Br5	Br6
Tập luyện tăng cường lực cơ							
Tâm vận động		X	X	X	X	X	X
Thủ thuật tạo thuận Phương pháp Bobath, PNF (Tập tạo thuận thần kinh cơ cảm thụ bản thể), phương pháp tạo thuận lặp lại		X	X	X	X	X	
Liệu pháp phản hồi sinh học Điện cơ đồ, FES (kích thích điện chức năng)		X	X	X	X	X	
Vận động phục hồi , tập luyện các động tác sinh hoạt	Trở mình	X	X	X	X		
	Tư thế ngồi	X	X	X	X	X	
	Tư thế đứng	X	X	X	X	X	X
	Đi lại					X	X
Liệu pháp vật lý FES (kích thích điện chức năng) TENS (kích thích thần kinh bằng xung điện qua da)		X	X	X	X		
Luyện tập sức bền							

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Willard and Spackman. Occupational therapy

RỐI LOẠN CHỨC NĂNG CẤP CAO CỦA NÃO SAU ĐỘT QUY

CN VLTL. Nguyễn Phú Sỹ, OT. Noguchi Yuko
OT. Karaki Hitomi, OT. Nishimoto Atsuko

Mục tiêu

1. Nhận biết và mô tả được rối loạn chức năng cấp cao của não
2. Trình bày được các biện pháp can thiệp một số rối loạn chức năng não cao cấp thường gặp

1. RỐI LOẠN CHỨC NĂNG CẤP CAO CỦA NÃO LÀ GÌ?

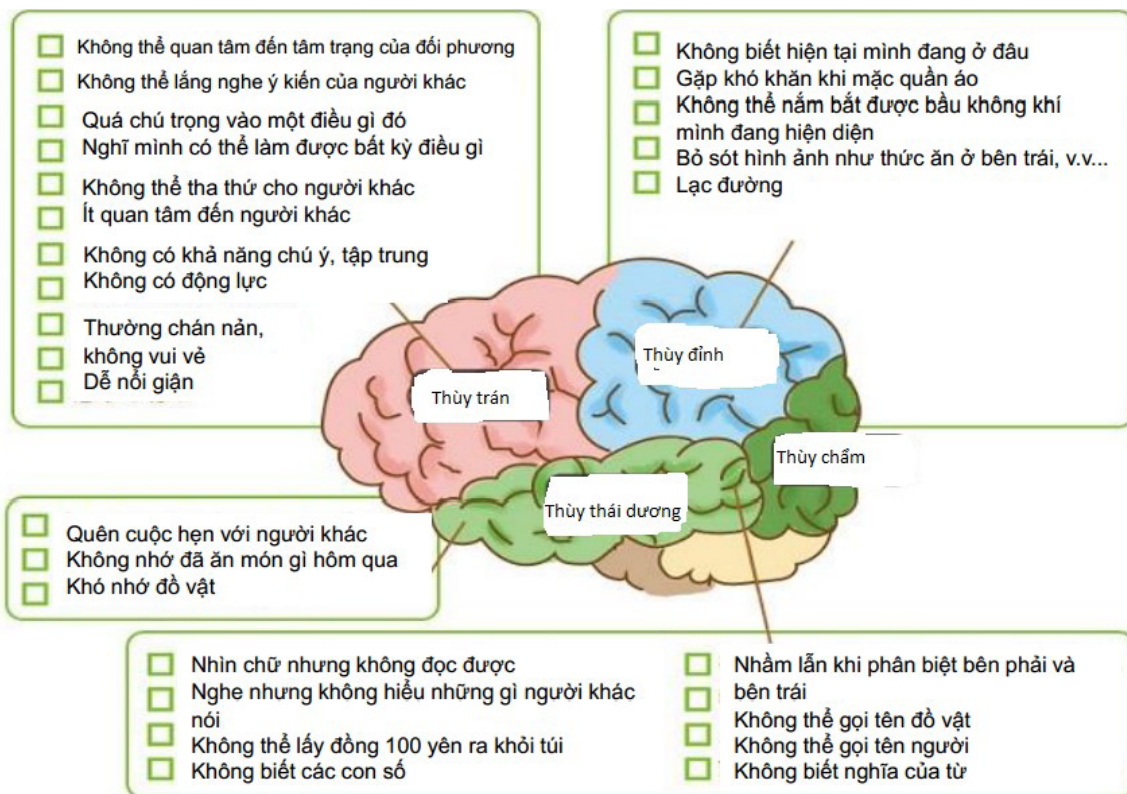
- Chức năng cấp cao của não là tên gọi chung cho các chức năng tinh thần và tâm lý bao gồm quá trình nhận thức và cảm xúc như nhận thức, trí nhớ, học tập, tư duy và phán đoán, v.v...
- Rối loạn chức năng cấp cao của não là tình trạng rối loạn chức năng nhận thức khi não bị tổn thương do đột quỵ não, một số bệnh lý như viêm não, xơ cứng rải rác v.v... và chấn thương não
- Rối loạn chức năng cấp cao của não có các triệu chứng như rối loạn trí nhớ, rối loạn chú ý, hội chứng xao lãng một bên, chứng mất ngôn ngữ, chứng mất nhận thức, chứng mất phối hợp động tác, rối loạn chức năng điều hành, rối loạn hành vi và cảm xúc, v.v...
- Rối loạn chức năng cấp cao của não sẽ gây khó khăn cho sinh hoạt thường ngày bởi các triệu chứng như suy giảm khả năng chú ý và khả năng tập trung, không thể nhớ những việc mới xảy ra (tuy nhiên, vẫn nhớ những ký ức trước đây), thường va vào bên trái (bên phải), thường bị lạc ở khu vực và đường phố quen thuộc, khó tìm được từ ngữ thích hợp để diễn đạt, không thể hiểu đối phương đang nói gì, hành động không phù hợp với tình hình xung quanh, không thể kiểm soát cảm xúc và hành vi, v.v..

2. TRIỆU CHỨNG CỦA NHỮNG RỐI LOẠN CHỨC NĂNG CẤP CAO CỦA NÃO

Triệu chứng	Hội chứng
Không thể nhớ những việc mới xảy ra	Rối loạn trí nhớ
Dễ bị xao lãng, không thể tập trung	Rối loạn chú ý
Không thể nhận thức không gian một bên	Hội chứng lãng quên nửa người
Không thể nhận thức bên bị liệt	Mất nhận thức một bên cơ thể
Không thể nói chuyện, không thể hiểu	Chứng mất ngôn ngữ
Nhìn thấy nhưng không thể nhận thức	Chứng mất nhận thức
Không biết trình tự của chuỗi các động tác	Chứng mất phối hợp động tác
Không thể thực hiện những việc bản thân đã lên kế hoạch	Rối loạn chức năng điều hành
Dễ nổi giận, sống khép kín, không có động lực	Rối loạn hành vi và cảm xúc



3. VỊ TRÍ TỔN THƯƠNG NÃO VÀ TRIỆU CHỨNG THƯỜNG GẶP



- Tất cả người bệnh tổn thương não đều có nguy cơ bị các vấn đề về hội chứng rối loạn chức năng cao cấp của não. Do vậy các bác sĩ khoa phục hồi chức năng không chỉ đánh giá ý thức và mức độ liệt vận động, khả năng nuốt dựa trên hành vi và ảnh chụp não của người bệnh trong đánh giá ban đầu mà còn đánh giá bệnh rối loạn chức năng cao cấp của não, đồng thời sẽ tiến hành chỉ định cho kỹ thuật viên can thiệp các rối loạn chú ý, hội chứng lãng quên một bên, chứng mất ngôn ngữ và rối loạn trí nhớ, v.v...
- PT (OT, ST) sẽ đánh giá các triệu chứng rối loạn chức năng cao cấp của não dựa trên các bài kiểm tra nhận thức (định hướng và bài tập trí nhớ ngắn hạn, tính toán, v.v...) có thể dễ dàng thực hiện tại giường nếu người bệnh có ý thức, dựa trên hành động và lời nói hay dựa vào việc quan sát hành vi. Khi rời khỏi giường, hãy xem xét ảnh hưởng của rối loạn chức năng cao cấp của não để thực hiện hỗ trợ. Ngoài ra, chuẩn bị lời khuyên và môi trường cho điều dưỡng viên và gia đình.
- Rối loạn chức năng cao cấp của não không chỉ giới hạn ở những người bệnh có mức độ ý thức thấp và bị liệt nặng, mà có nhiều Người bệnh không bị liệt vận động, có thể đi bộ cũng được xác nhận bị rối loạn chức năng cao cấp của não.
- Đưa ra một số lời khuyên dành cho kỹ thuật viên và người chăm sóc quan sát khi người bệnh thực hiện các hoạt động chức năng chăm sóc hàng ngày (ADL)
 - » Để chú ý đến môi trường xung quanh do mất tập trung → Trong bữa ăn, nên bắt chuyện với người bệnh khi người bệnh mất tập trung, chú ý đến những điều khác, để người bệnh dùng bữa ở nơi yên tĩnh.
 - » Hay quên thức ăn phía bên trái → Nên đặt dụng cụ ăn phía bên phải, để dụng cụ ăn tập trung một chỗ
 - » Người bệnh quên tay chân trái bị liệt → Định đúng dây đột ngột khi không thể đứng một mình. Kỹ thuật viên và gia đình chú ý để người bệnh không bị ngã.
 - » Người bệnh có thể nói chuyện nhưng khó hiểu → Không nói quá nhiều trong một lần, nói ngắn gọn dễ hiểu

4. NHỮNG RỐI LOẠN THƯỜNG GẶP

4.1. RỐI LOẠN TRÍ NHỚ (MEMORY IMPAIRMENT)

Triệu chứng: Không thể nhớ những việc mới xảy ra, lặp đi lặp lại những câu hỏi giống nhau, quên vị trí đặt đồ vật.



Biện pháp can thiệp:

- Quyết định nơi đặt các đồ vật thường xuyên sử dụng
- Ghi chép vào nhật ký và ghi chú, lịch trình, checklist, xác nhận các sự kiện trong quá khứ và dự định trong tương lai
- Đặt đồng hồ báo thức và báo thức trên điện thoại di động để không quên thời gian cuộc hẹn
- Nếu không hiểu, đầu tiên hãy tạo thói quen nhìn vào ghi chú và nhật ký. Dán ghi chú ở nơi dễ biết.

4.2. RỐI LOẠN CHÚ Ý (ATTENTION DIFFICULTIES, IMPAIRED ATTENTION)

Triệu chứng: Dễ bị xao lãng, không thể tập trung, nhầm lẫn khi làm 2 việc cùng một lúc, lơ đãng mắc nhiều lỗi





Biện pháp can thiệp:

- Thực hiện công việc ở nơi yên tĩnh (hạn chế những kích thích không cần thiết)
- Không thực hiện nhiều công việc cùng lúc, thực hiện lần lượt từng công việc
- Nếu người bệnh có phản ứng chậm, bạn có thể nói lại hoặc thay câu hỏi để họ dễ trả lời hơn.

4.3. RỐI LOẠN GIẢN ĐỒ CƠ THỂ

Triệu chứng:

Để thừa lại thức ăn ở bên bị liệt trong bữa ăn, không chú ý đến người và âm thanh ở bên bị liệt, va chạm vào đồ vật ở bên bị liệt khi đi bộ (Hemispatial neglect, Hội chứng lãng quên không gian nửa người bên liệt) hoặc phủ nhận việc bị liệt ở tay, chân trái, muốn tự mình đứng dậy dù không thể đứng dậy do bị liệt nửa người (Hemiasomatognosia, Mất nhận thức thân thể nửa người).



Biện pháp can thiệp:

- Nếu người bệnh bị hội chứng xao lãng bên trái, hãy đặt thức ăn, v.v... ở phía bên phải để người bệnh dễ nhận thấy
- Nếu người bệnh bị hội chứng xao lãng bên trái, hãy gọi người bệnh từ phía bên phải để tạo sự chú ý
- Đánh dấu ở phía bên trái để thu hút sự chú ý. Đeo đồng hồ tay trái, buộc tấm vải có màu sắc để nhận biết bên tay trái.

4.4. MẤT NHẬN THỨC (AGNOSIA)

Triệu chứng: Người bệnh có thể nhìn thấy, nghe thấy, chạm vào nhưng không biết đó là gì, không thể gọi tên bộ phận cơ thể và tên đồ vật, không nhận ra được khuôn mặt người quen.



Biện pháp can thiệp:

- Sử dụng giác quan khác không bị trở ngại
- Nếu nhìn thấy nhưng không biết đó là vật gì có thể chạm vào, lắng nghe để nhận ra
- Khi người bệnh không nhận ra được khuôn mặt người nào đó, hãy gọi và nhắc lại tên, nhận biết quen thuộc như kiểu tóc, hình dáng, giọng nói...

4.5. CHỨNG RỐI LOẠN MẤT THỰC DỤNG (APRAXIA)

Triệu chứng: Không nhớ rõ thứ tự động tác, không thể sử dụng thành thạo những đồ vật quen thuộc như bàn chải đánh răng, kéo, muỗng, mặc ngược quần áo, không thể bắt chước hành động như vẫy tay, v.v...



Biện pháp can thiệp:

- Dán cách sử dụng dụng cụ, trình tự thao tác ở nơi dễ nhìn thấy
- Giúp đỡ những việc người bệnh không thể làm được
- Luyện tập lặp lại nhiều lần

4.6. RỐI LOẠN CHỨC NĂNG ĐIỀU HÀNH (EXECUTIVE FUNCTION DISORDER)

Triệu chứng: Không thể thực hiện những việc mà bản thân đã lên kế hoạch, không thể làm bất kỳ điều gì nếu không có hướng dẫn từ người khác, dễ bị rối loạn.



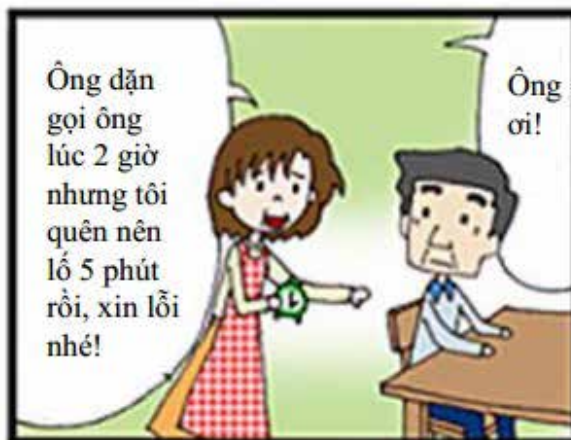
Biện pháp can thiệp:

- Vừa nhìn ghi chú, vừa nghĩ cách thực hiện từng chút một và cùng nhau thực hiện
- Khi người bệnh bối rối, người xung quanh nên giải thích từng việc một, suy nghĩ và thực hiện cùng nhau
- Chuẩn bị trước rồi mới thực hiện



4.7. RỐI LOẠN HÀNH VI VÀ CẢM XÚC (BEHAVIORAL AND EMOTIONAL DISORDER)

Triệu chứng: La hét khi phấn khích, hành xử bạo lực, không có động lực làm bất cứ việc gì, không kiểm soát tốt cảm xúc, dễ khóc.



Biện pháp can thiệp:

- Cùng nghĩ ra phương pháp có thể tìm và giải quyết các nguyên nhân gây căng thẳng.
- Khi người bệnh cảm thấy phấn khích, hãy thay đổi địa điểm và chủ đề, chờ người đó bình tĩnh lại. Nói chuyện sau khi người bệnh đã bình tĩnh trở lại.

CHƯƠNG 2

XỬ LÝ RỐI LOẠN NUỐT Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY NÃO

- Quản lý rối loạn nuốt giai đoạn đột quy cấp tính
- Rối loạn nuốt ở người bệnh phẫu thuật mở khí quản và tập luyện nuốt
- Rối loạn chức năng nuốt và quản lý dinh dưỡng sau đột quy não
- Hướng dẫn cách cho ăn người bệnh đột quy não rối loạn nuốt
- Chương trình hướng dẫn ăn uống tại nhà cho người bệnh đột quy rối loạn nuốt



QUẢN LÝ RỐI LOẠN NUỐT GIAI ĐOẠN ĐỘT QUY CẤP

BS. Lê Thị Phương Dung
Dr. Fujitani Junko

Mục tiêu

1. Trình bày được sinh lý quá trình nuốt
2. Trình bày được các nội dung quản lý rối loạn nuốt giai đoạn đột quy cấp

1. ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn nuốt là biến chứng phổ biến ở người bệnh đột quy cấp với tỷ lệ được ghi nhận từ 37% đến 78%. Rối loạn nuốt liên quan chặt chẽ với suy dinh dưỡng, thiếu nước, hít sặc, viêm phổi và các biến chứng hô hấp ở Người bệnh đột quy, hạn chế kết quả điều trị cũng như phục hồi của người bệnh, làm tăng gánh nặng chăm sóc, tăng tỷ lệ tử vong. Bằng chứng trong các nghiên cứu chỉ ra rằng việc phát hiện và kiểm soát chứng khó nuốt ở những người sống sót sau đột quy cấp tính cải thiện kết quả như giảm nguy cơ viêm phổi, thời gian nằm viện và chăm sóc sức khỏe tổng thể.

Hít sặc là triệu chứng lâm sàng điển hình của rối loạn nuốt sau đột quy, liên quan đến viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết và tử vong. Silver và cộng sự (1984) chỉ ra rằng viêm phổi là nguyên nhân gây tử vong phổ biến thứ 2 cho người bệnh đột quy cấp. Phát hiện tình trạng hít sặc của người bệnh bao gồm hít sặc có triệu chứng và hít sặc thầm lặng là chiến lược quản lý quan trọng trong phòng ngừa viêm phổi.

2. SINH LÝ NUỐT

Nuốt là quá trình vận chuyển thức ăn từ miệng xuống dạ dày với sự phối hợp hoạt động của rất nhiều cấu trúc: Các cấu trúc khoang miệng, hầu, thanh quản, thực quản, 5 đôi dây thần kinh sọ, các đôi dây thần kinh cổ 1,2,3 và não bộ.

Quá trình nuốt gồm 4 giai đoạn:

- Giai đoạn chuẩn bị miệng: thức ăn nằm trong khoang miệng được nghiền, nhai để tạo thành viên thức ăn, lưỡi vận động nhào trộn thức ăn và quản lý vị trí của thức ăn, ngăn cản thức ăn rơi xuống hầu;
- Giai đoạn vận chuyển ở miệng: đến giai đoạn này, lưỡi di chuyển viên thức ăn xuống hầu, kích hoạt phản xạ nuốt;
- Giai đoạn hầu: cử động điều hợp phức tạp của lưỡi và hầu giúp đẩy viên thức ăn từ hầu xuống thực quản. Dây thanh âm cần đóng trong giai đoạn này, thanh quản di chuyển lên trên và ra trước, nắp thanh môn đóng lại ngăn cản thức ăn rơi vào khí quản;
- Giai đoạn thực quản: sự co bóp nhịp nhàng của cơ thực quản giúp thức ăn di chuyển từ trên xuống dưới thực quản vào dạ dày.

3. RỐI LOẠN NUỐT SAU ĐỘT QUY

Rối loạn nuốt sau đột quy thường là rối loạn chức năng và điều hợp cơ vùng miệng hầu thứ phát sau mất kiểm soát của thần kinh trung ương do tổn thương vỏ não hoặc thân não.

Triệu chứng lâm sàng của rối loạn nuốt bao gồm: nghẹn thức ăn, ho liên quan đến bữa ăn, chảy rãi hoặc rơi vãi thức ăn, tổn động thức ăn trong miệng, nuốt chậm và khó khăn, từ chối đồ ăn thức uống, phản nản thức ăn đọng trong họng, trào ngược, ợ nóng...

Hít sặc được định nghĩa là sự xâm nhập của vật liệu vào đường thở ở mức dưới dây thanh âm. Một số nghiên cứu sử dụng tiêu chuẩn vàng Thăm dò nuốt qua quay video có cảm quang (VFSS) và ghi nhận tỷ lệ hít sặc trong giai đoạn cấp đột quy từ 30% - 51%, hít sặc thẫm lặn ghi nhận từ 8% - 27%. Người bệnh hít sặc từ 10% lượng thức ăn được lượng giá hoặc người bệnh rối loạn vận động miệng hầu nặng có nguy cơ viêm phổi cao. Việc tiên lượng liệu người bệnh có xuất hiện viêm phổi sau hít sặc cũng phụ thuộc nhiều yếu tố như khả năng miễn dịch và tình trạng sức khỏe chung của người đó. Sellars và cộng sự (2007) nghiên cứu tiến cứu 412 người bệnh trong tối đa 3 tháng sau đột quy. Trong thời gian này, đã có 160 trường hợp bị viêm phổi được xác nhận hoặc nghi ngờ. Các dự báo độc lập của viêm phổi là tuổi > 65, rối loạn vận ngôn hoặc không phát âm do mất ngôn ngữ, điểm Rankin cải biên ≥ 4 , Test kiểm tra tâm thần vắn tắt (AMT) < 8 và thất bại khi test nuốt nước.

4. QUẢN LÝ RỐI LOẠN NUỐT CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY CẤP

4.1. MỤC TIÊU QUẢN LÝ RỐI LOẠN NUỐT GIAI ĐOẠN ĐỘT QUY CẤP

- Không xảy ra viêm phổi do hít sặc;
- Thực hiện sàng lọc cho tất cả ca bệnh, nếu không có vấn đề đặc biệt thì thực hiện cho ăn theo từng bước;
- Các ca rối loạn nuốt: đánh giá cẩn thận và mang tính chuyên môn, tổ chức luyện tập và gửi tới phục hồi chức năng;
- Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh rối loạn nuốt.

4.2. SÀNG LỌC RỐI LOẠN NUỐT

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. Sàng lọc nuốt để xác định người bệnh thuộc nhóm nào trong 2 nhóm:

- Người bệnh không cần đánh giá nuốt chính thức và có thể ăn uống thức ăn và uống thuốc bằng miệng;
- Người bệnh cần đánh giá chức năng nuốt chính thức một cách toàn diện hoặc chuyển đến cho chuyên gia trị liệu, y học khác.

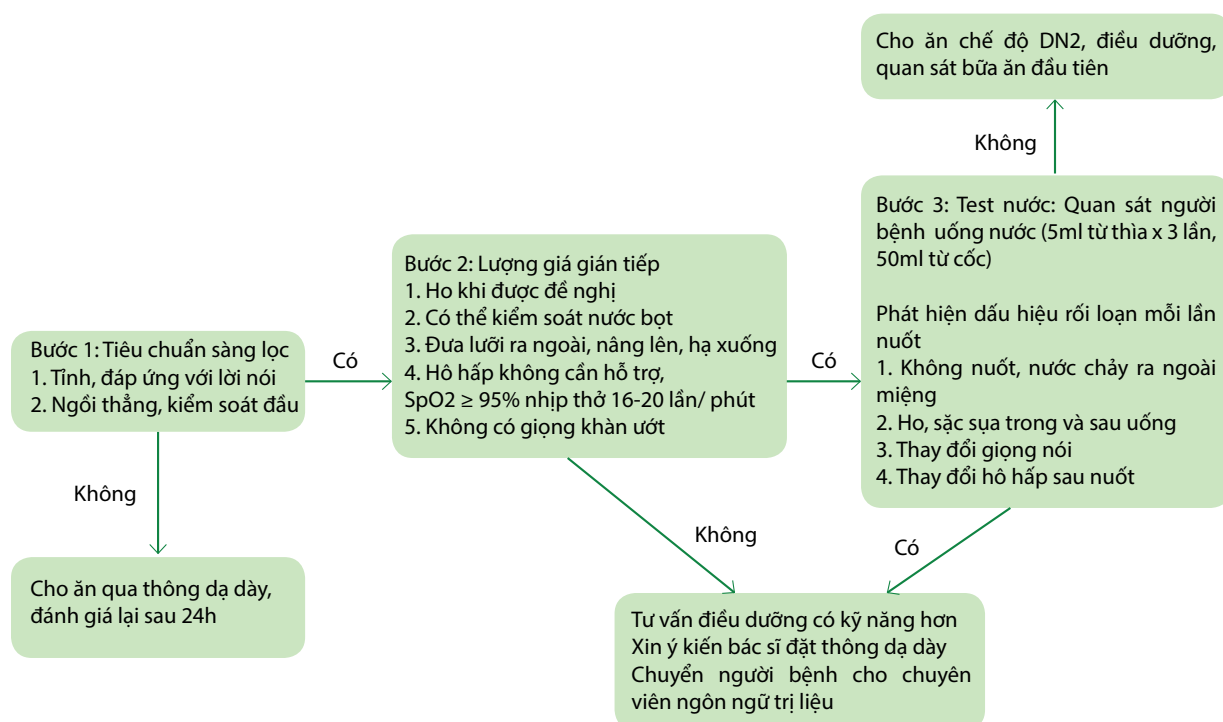
Một phương pháp thực hành thường được chấp nhận là tất cả người bệnh đột quy đều nên được sàng lọc để phát hiện khiếm khuyết về nuốt trước khi họ được phép ăn, uống hoặc dùng thuốc qua đường miệng trong vòng 24h đầu tiên sau khi nhập viện.

Người thực hiện quy trình sàng lọc là nhân viên y tế đã được đào tạo chuyên sâu, sử dụng công cụ đã được công nhận tính giá trị để sàng lọc và trong quy trình sàng lọc khó nuốt nên bao gồm phương pháp kiểm tra uống nước.

Chuyên viên ngôn ngữ trị liệu đóng vai trò chính trong quản lý rối loạn nuốt, tuy nhiên số lượng chuyên viên hạn chế. Bên cạnh đó Điều dưỡng là người chăm sóc người bệnh 24h, thường quanh giường bệnh, đặc biệt trong giờ ăn, uống thuốc... nên điều dưỡng có vai trò quan trọng phát hiện, quản lý và phòng ngừa các biến chứng liên quan đến rối loạn nuốt. Điều dưỡng đã được đào tạo chuyên sâu là người đảm nhận nhiệm vụ sàng lọc nuốt, với sự hướng dẫn của chuyên viên ngôn ngữ trị liệu.



Nhiều công cụ sàng lọc rối loạn nuốt đã được thiết kế và ứng dụng rộng rãi. Bệnh viện Bạch Mai đã áp dụng nhiều phương pháp sàng lọc rối loạn nuốt khác nhau: GUSS, uống 90ml nước, test nuốt nước bọt lặp lại, test nuốt nước, test nuốt nước cải biên... Lựa chọn công cụ sàng lọc rối loạn nuốt phù hợp với điều kiện thực tế thực hành tại Việt Nam, đơn giản khi thực hiện, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao là nội dung thảo luận quan trọng của Bệnh viện Bạch Mai với các chuyên gia bệnh viện NCGM Nhật Bản trong khuôn khổ dự án Nâng cao chất lượng chăm sóc, phục hồi chức năng người bệnh sau đột quỵ não. Chúng tôi đã đưa ra đồng thuận về quy trình sàng lọc nuốt cho người bệnh đột quỵ dựa trên thang điểm sàng lọc SSA (Standardized Swallowing Assessment).



4.3. LƯỢNG GIÁ RỐI LOẠN NUỐT

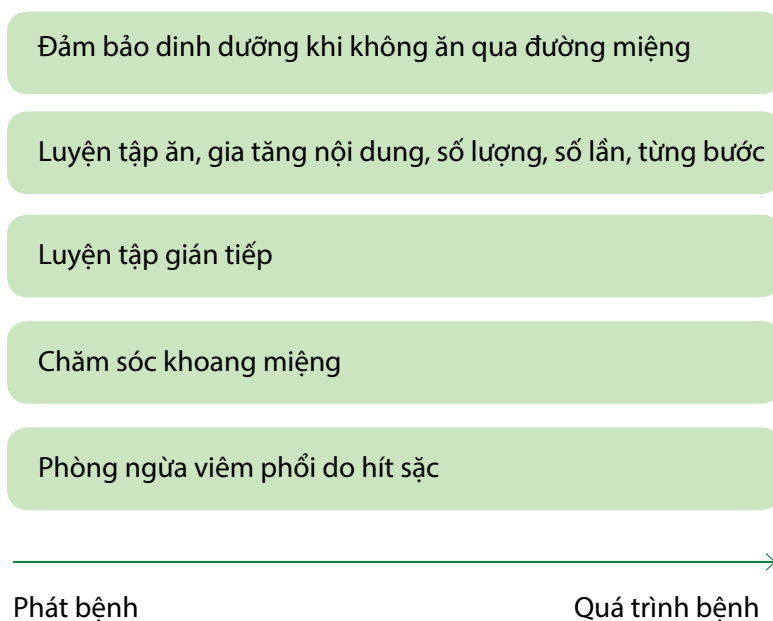
Nên giới thiệu những người bệnh được xem là ‘ngghi ngờ có nguy cơ khi sàng lọc nuốt đến gặp chuyên viên ngôn ngữ trị liệu để được lượng giá nuốt lâm sàng toàn diện. Những chuyên viên ngôn ngữ trị liệu đã được đào tạo chuyên sâu nên là người thực hiện lượng giá khó nuốt lâm sàng tại giường, sử dụng những 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.

Lượng giá rối loạn nuốt toàn diện bao gồm

- Thông tin bệnh sử của người bệnh liên quan đến vấn đề nuốt
- Đánh giá chi tiết khoang miệng, hầu, thanh quản: cấu trúc, vận động, cảm giác
- Hành vi, nhận thức, khả năng ngôn ngữ
- Khả năng nuốt của người bệnh.
- Sử dụng các thiết bị đánh giá: VFSS, FEES

Thăm dò nuốt qua quay video có cản quang (VFSS) 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. 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. Thời điểm hiện tại, lượng giá rối loạn nuốt bằng thiết bị chưa được thực hành phổ biến tại Việt Nam.

4.4. QUẢN LÝ RỐI LOẠN NUỐT



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 rối loạn nuốt.

Điều chỉnh chế độ ăn uống và những kỹ thuật bù trừ cũng như các bài tập nuốt trực tiếp với thức ăn hoặc không có thức ăn cần được thiết kế phù hợp với mỗi người bệnh, đảm bảo quá trình phục hồi rối loạn nuốt hiệu quả mà vẫn an toàn.

Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh rối loạn nuốt

Đối với những người bệnh mà kết quả lượng giá khó nuốt làm sàng tại giường khuyến nghị điều chỉnh chế độ ăn uống, người bệnh rối loạn nuốt sau đột quy cấp có thể cần:

- Điều chỉnh kết cấu thức ăn, đồ uống
- Nuôi ăn hoàn toàn qua thông mũi – dạ dày
- Nuôi ăn tĩnh mạch

Nên theo dõi lượng tiêu thụ và khả năng dung nạp của họ và thường xuyên xem xét người bệnh có cần tiếp tục theo chế độ ăn uống được điều chỉnh này hay không, điều chỉnh kịp thời khi người bệnh cải thiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy (Hướng dẫn về ngôn ngữ trị liệu). Quyết định 2536/QĐ-BYT ngày 16/06/2020.
2. Lin Perry (2001). Screening Swallowing function of patients with acute stroke. Part two: Detailed evaluation of the tool used by nurses. *Journal of Clinical Nursing* Jul;10(4): 474-481
3. Logemann, J.A., Veis, S and Colangelo, L. (1999). A screening procedure for Oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia* 14:1:44-51
4. Sue Woodward, Ann-marie Mestecky (2011). *Neuroscience Nursing evidence – based practice*. ISBN:978-1-405-16356-9. Wiley – Blackwell
5. Robert Teasell MD, Norine Foley MSc (2013). *Dysphagia and Aspiration Following Stroke*. <http://www.ebrsr.com/sites/default/files/v18-SREBR-CH15-NE>



RỐI LOẠN NUỐT Ở NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT MỞ KHÍ QUẢN VÀ TẬP LUYỆN NUỐT

BS. Nguyễn Thị Dung
ST. Miyachi Megumi

Mục tiêu

1. Trình bày được sinh lý quá trình nuốt
2. Trình bày được các nội dung quản lý rối loạn nuốt giai đoạn đột quy cấp

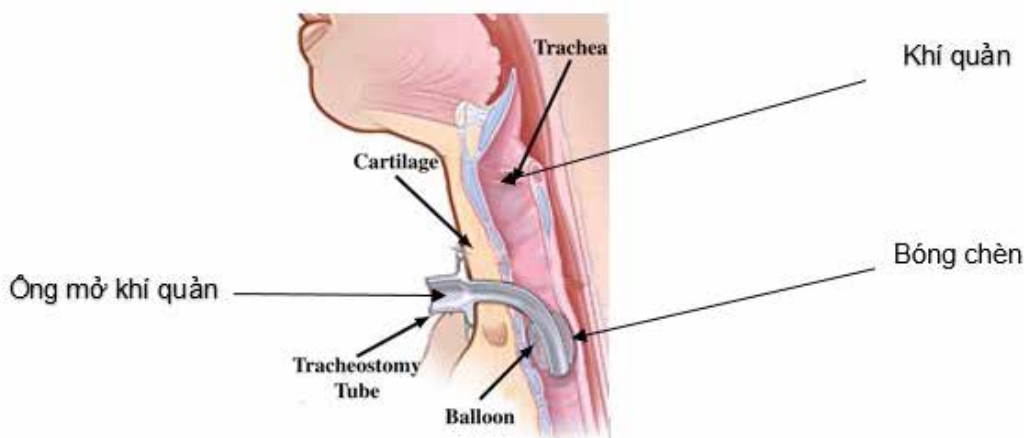
1. ĐẠI CƯƠNG MỞ KHÍ QUẢN:

1.1. ĐỊNH NGHĨA:

Mở khí quản là thủ thuật mở da, cơ cổ để tiếp cận trực tiếp vào khí quản và sau đó đặt ống mở khí quản để duy trì đường thở.

Mở khí quản được dùng trong 2 tình huống sau:

- Cấp tính: thường trong trường hợp cấp cứu để duy trì đường thở, hoặc ở những Người bệnh thở máy nhưng khó cai máy thở.
- Mạn tính: thường sử dụng ở người bệnh thở máy trong thời gian dài.



Hình 1: Ống mở khí quản

1.2. PHÂN BIỆT CÁC LOẠI ỐNG MỞ KHÍ QUẢN

1.2.1. Bằng nhựa hay bằng kim loại: ống bằng kim loại không có nòng trong và cần phải thay mỗi 5-7 ngày.

1.2.2. Có bóng chèn hay không có bóng chèn:

- Bóng chèn là một túi khí ở gần cuối ống mở khí quản (đoạn nằm trong khí quản) giúp bảo vệ đường thở.



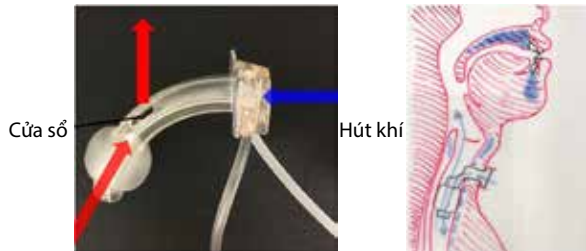
Hình 2: Ống mở khí quản bằng kim loại

- Chỉ có thể thay đổi ống trong
- Có thể rửa được khi có nhiều dịch tiết
- Có thể chia ra sử dụng các cửa sổ
- Có thể nói khi rút ống trong ra

1.2.3. Có cửa sổ hay không có cửa sổ:

Những loại ống này có thể có hoặc không có bóng chèn. Chúng có một lỗ ở ống để không khí từ phổi có thể đi qua lên đến vùng dây thanh và vùng mũi miệng. Người bệnh có thể thở một cách bình thường và có thể ho khạc ra các chất tiết ra khỏi miệng, giúp tạo tiếng nói.

- Sử dụng van nói có tác dụng:
 - » Cải thiện độ thông thanh quản.
 - » Giảm dị vật lọt vào đường thở



Hình 3: Ống mở khí quản có cửa sổ

1.2.4. Ống một nòng hay ống hai nòng:

- Ống hai nòng có một nòng trong và nòng ngoài. Nòng trong có thể được lấy ra để vệ sinh.



Hình 4: Ống mở khí quản 2 nòng có bóng chèn

1.3. CÁC BƯỚC THAY ỐNG MỞ KHÍ QUẢN:

Cần nhắc thay canuyn dựa theo tình trạng của từng người bệnh, thông thường sẽ chuyển từ ống mở khí quản một nòng không có cửa sổ có bóng có đường hút sang ống mở khí quản nhiều nòng có cửa sổ có bóng có đường hút. Nếu tình trạng hô hấp của người bệnh cho phép tự thở trong điều kiện khí trời, cùng tham vấn ý kiến của bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng xét đóng mở khí quản.

2. CAN THIỆP NUỐT CHO NGƯỜI BỆNH MỞ KHÍ QUẢN

2.1. ẢNH HƯỞNG CỦA MỞ KHÍ QUẢN TỚI QUÁ TRÌNH NUỐT:

- Thở ra trên thanh môn gây hạ áp lực dưới thanh môn khiến người bệnh khó nôn ra dị vật lọt vào đường thở. Đồng thời làm suy giảm khả năng đóng thanh môn dễ dẫn đến dị vật lọt vào đường thở.
- Hạn chế nâng thanh quản (do trọng lượng của ống mở khí quản và chèn ép của bóng) làm suy giảm khả năng đóng thanh quản. Đồng thời gây hạn chế mở cơ vòng thực quản trên gây chít hẹp phần trên của thực quản.
- Giảm cảm giác của đường hô hấp từ đó làm suy giảm phản xạ ho tạo điều kiện cho dị vật lọt vào đường thở.
- Chèn ép thực quản (do ống mở khí quản, bóng) cản trở sự lưu thông của thức ăn từ hầu chuyển xuống thực quản.



2.2. CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP:

2.2.1. Mục đích:

- Tập luyện hô hấp và phát âm: Lấy lại chu trình thở ra trên thanh môn từ đó cải thiện chức năng hô hấp, khạc đờm, phát âm, cảm giác của đường thở.
- Tập luyện nuốt: Tiến hành theo các bước: Tập luyện gián tiếp Tập luyện trực tiếp Bữa ăn.
- Từng bước thay đổi ống mở khí quản Tháo ra giúp cải thiện hạn chế nâng thanh quản Cải thiện khả năng đóng thanh quản, hạn chế chèn ép vào thực quản.

2.2.2. Tập luyện với ống mở khí quản một nòng/không có cửa sổ:

- Chỉ định:
 - » Người bệnh đang dùng máy thở
 - » Trạng thái bị dị vật lọt vào đường thở rõ rệt
- Can thiệp:
 - » Chăm sóc răng miệng
 - » Khạc đờm, hút trên bóng
 - » Các bài tập vận động miệng
 - » Massage cổ họng
 - » Kích thích xúc giác nhiệt
- Thiết lập phương tiện giao tiếp không lời: Viết chữ, bảng chữ số AAC.

2.2.3. Tập luyện với ống mở khí quản nhiều nòng có cửa sổ:

- Chỉ định: Người bệnh đã rút máy thở.
- Can thiệp:
 - » Tập luyện thở/khạc đờm/nói: Tháo ống trong và xả khí bóng với những trường hợp nói được, không bị khó thở → Lắp van nói.
 - » Nếu người bệnh không bị dị vật lọt vào đường thở hoặc bị dị vật lọt vào đường thở với lượng ít có thể nôn ra thì tiếp tục tập luyện nuốt bằng đường miệng → Đến bữa ăn.
 - » Trường hợp dị vật lọt vào đường thở nhiều thì sử dụng ống trong và chèn bóng vào.

3. KẾT LUẬN

- Mở khí quản nhằm mục đích đảm bảo đường thở, là nguyên nhân cản trở nuốt và việc bảo vệ đường hô hấp.
- Tùy thuộc vào việc cải thiện chức năng hô hấp và nuốt, chọn loại mở khí quản thích hợp và nhằm mục tiêu dinh dưỡng bằng đường miệng từng bước một.
- Song song với cải thiện chức năng nuốt, việc cải thiện chức năng hô hấp cũng rất quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thế Dũng (2009), Nghiên cứu đánh giá tình trạng nuốt ở Người bệnh tai biến mạch não chưa đặt nội khí quản điều trị tại bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Engels PT, Bagshaw SM, Meier M, Brindley PG (2009). Tracheostomy: from insertion to decannulation. Can J Surg; 52: 427–433.
3. Richard I, Giraud M, Perrouin B, Ciance D (1993). Laryngotracheal stenosis after intubation or tracheostomy in patient with neurological disease. Arch Phys Med Rehab; 74:905–909.

RỐI LOẠN NUỐT VÀ QUẢN LÝ DINH DƯỠNG SAU ĐỘT QUY NÃO

BS. Nguyễn Thị Dung

Mục tiêu

1. Trình bày được ảnh hưởng của rối loạn nuốt và phương pháp can thiệp.
2. Trình bày được nguyên tắc can thiệp dinh dưỡng cho người bệnh rối loạn nuốt sau đột quy não.

1. RỐI LOẠN NUỐT VÀ BIẾN CHỨNG:

Đột quy não là một nhóm bệnh gây tử vong và tàn tật đứng thứ hai trên thế giới. Rối loạn nuốt là vấn đề thường gặp ở Người bệnh đột quy cấp, chiếm khoảng 42 - 67% gây hít sặc dẫn đến viêm phổi với tỷ lệ lên đến 73,4%. Viêm phổi tăng nguy cơ tử vong gấp 5,4 lần. Trong đó, rối loạn nuốt làm ảnh hưởng đến việc cung cấp chất dinh dưỡng cho người bệnh từ đó dẫn đến tình trạng suy dinh dưỡng và mất nước với tỷ lệ 36%. Việc quản lý rối loạn nuốt không những giúp hạn chế nguy cơ viêm phổi hít sặc mà còn giúp giảm nguy cơ suy dinh dưỡng, giảm thời gian nằm viện và tỉ lệ tử vong. Do vậy việc dự phòng cấp 3 và can thiệp điều trị sớm là hết sức quan trọng.

2. ẢNH HƯỞNG RỐI LOẠN NUỐT VÀ CAN THIỆP:

2.1. RỐI LOẠN Ở GIAI ĐOẠN ĐƯA VÀO:

- Ảnh hưởng đến khả năng chú ý, khả năng tập trung và chức năng cảm nhận yếu đi khiến lượng thức ăn cung cấp vào giảm đi.
 - » Rối loạn chú ý → Mất thời gian vào việc ăn, lượng ăn giảm → Suy dinh dưỡng. Không giữ được tư thế đúng → Sặc, ngẹt thở;
 - » Hội chứng lãng quên nửa người → Lượng ăn giảm do bỏ thừa → Suy dinh dưỡng
 - » Rối loạn trí nhớ → Quên mất điểm chú ý khi ăn → Sặc, ngẹt thở;
 - » Rối loạn chức năng nhận thức → Ảnh hưởng đến khả năng ăn.
- Can thiệp:
 - » Chỉ định cho người nhà Người bệnh về điểm chú ý khi ăn (Tư thế, tốc độ ăn, nhai kĩ);
 - » Vừa đặt câu hỏi vừa chỉ định Người bệnh để tạo ý thức về việc ăn (Kiểm tra xem có nhớ thực đơn ngày hôm qua, cảm nhận về hương vị và các điểm chú ý khi ăn).

2.2. RỐI LOẠN Ở GIAI ĐOẠN CHUẨN BỊ:

- Ảnh hưởng đến:
 - » Khả năng nhai giảm (khả năng di chuyển của lưỡi và vận động hàm yếu đi);
 - » Không hoàn toàn biến thức ăn thành miếng nhỏ (khả năng biến thức ăn thành dạng dễ nuốt giảm).
- Can thiệp:
 - » Chỉ định về kết cấu thức ăn thích hợp (Sử dụng bảng phân loại nuốt);
 - » Lựa chọn loại thức ăn thích hợp (Cho xem loại thực phẩm cụ thể);
 - » Khuyến cáo về thực phẩm không phù hợp và các chú ý khác;
 - » Thực đơn nên chọn và cách chế biến;
 - » Các phương pháp hấp thụ dinh dưỡng cần thiết.



2.3. RỐI LOẠN GIAI ĐOẠN TRONG MIỆNG VÀ HẦU:

- Ảnh hưởng đến:
 - » Phản xạ nuốt chậm;
 - » Vị trí của hầu (yết hầu) bị sa xuống.
- Can thiệp:
 - » Chỉ định về kết cấu thức ăn thích hợp (Sử dụng bảng phân loại nuốt);
 - » Lựa chọn loại thức ăn thích hợp (Cho xem loại thực phẩm cụ thể);
 - » Khuyến cáo về thực phẩm không phù hợp và các chú ý khác;
 - » Thực đơn nên chọn và cách chế biến;
 - » Các phương pháp hấp thụ dinh dưỡng cần thiết.

3. CAN THIỆP DINH DƯỠNG VỚI NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN NUỐT:

3.1. CUNG CẤP CHẾ ĐỘ ĂN RỐI LOẠN NUỐT:

- Chế biến thành dạng dễ nuốt, phòng tránh bị sặc;
- Thức ăn thích hợp cho việc luyện tập nuốt;
- Phân loại kết cấu thức ăn:

Mức độ 1a: Dạng thạch

Mức độ 1: Rối loạn nuốt – Nhão: Đồng nhất, có độ kết dính cao, dạng pudding, yêu cầu nhai rất ít.



Mức độ 2: Rối loạn nuốt – Mềm, Thay đổi về mặt cơ học: Kết dính, ẩm, mềm, cần nhai một chút.

Mức độ 3: Rối loạn nuốt – Băm nhuyễn: Thức ăn mềm đòi hỏi nhai nhiều hơn.



Mức độ 4: Bình thường: Không hạn chế, cho phép mọi loại thức ăn.

- Ngăn ngừa viêm phổi sặc bằng cách thay đổi kết cấu đồ ăn và chất lỏng để phù hợp với tình trạng rối loạn nuốt:
 - » Làm quánh đồ có nước (Đồ uống, canh, món ninh);
 - » Cho thêm nước sốt dính để thức ăn quyện lại với nhau;
 - » Ninh đến khi mềm ra;
 - » Tránh thức ăn nhiều xơ;

- » Cắt nhỏ thức ăn;
- » Dùng máy xay xay nhuyễn;
- » Nấu thức ăn thành dạng thạch hoặc dạng lỏng.

3.2. CHỈ ĐỊNH CHẾ ĐỘ ĂN RỐI LOẠN NUỐT:

- Việc chỉ định chế độ ăn rối loạn nuốt cho từng người bệnh sẽ dựa trên các yếu tố:
 - » Nắm bắt cụ thể tình trạng nuốt và có chỉ thị phù hợp;
 - » Kết hợp và chia sẻ nội dung chỉ định với chuyên viên điều trị ngôn ngữ, tăng cường chỉ định;
 - » Tư vấn cho người bệnh và người nhà Người bệnh về việc cho ăn các loại thức ăn phù hợp sau khi xuất viện.

3.3. ĐIỀU TRỊ NGÔN NGỮ VÀ CHỈ ĐẠO KÉP:

- Chia sẻ các điểm chú ý mà chuyên viên điều trị ngôn ngữ đã dặn khi người bệnh ăn;
- Tăng cường can thiệp, nhờ người bệnh kiểm tra lại các điểm đặc biệt cần chú ý;
- Nắm bắt tình trạng dinh dưỡng, xem xét về khả năng nuốt rồi mới thay đổi nội dung bữa ăn tùy theo bệnh;
- Kiểm tra loại thức ăn và điều chỉnh năng lượng, điều chỉnh lượng muối và thêm các thức ăn kèm;
- Có thể nắm bắt liên kết bằng các tham dự vào buổi họp nhóm của các chuyên viên điều trị ngôn ngữ, chia sẻ thông tin và nội dung chỉ thị về tình trạng phục hồi chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Smithard D.G., O'Neill P.A., Park C., Morris J. et al (1996), Complications and outcome after acute stroke, England, 1200-1204.
2. Thad Wilkins M.D., Ralph A. Gillies et al. (2007). The Prevalence of Dysphagia in Primary Care Patients-A HimesNet Research Network Study, The Journal of the American Board of Family Medicine, 20(2), 144-150.
3. Rosemary Martino, Norine Foley, Nicholas Diamant (2000), Dysphagia after stroke: Incidence, Diagnosis and Pulmonary Complication, Stroke, 2756.
4. Terre R, Mearin F (2006). Oropharyngeal dysphagia after the acute phase of stroke: predictors of aspiration. Neurogastroenterol Motil; 18(3):200-205.



HƯỚNG DẪN CÁCH CHO ĂN NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY RỐI LOẠN NUỐT

CNĐĐ. Nguyễn Thị Phượng, ST. Miyauchi Meguchi
ST. Tsukinaga Akihiko, ST. Takeda Manami

Mục tiêu

1. Trình bày được điều kiện tập cho ăn đường miệng và cách cho ăn đường miệng
2. Trình bày được các chế độ ăn cho người rối loạn nuốt

NỘI DUNG

Rối loạn nuốt là biến chứng thường gặp ở các người bệnh bị tổn thương não. 42-67% tổng số các người bệnh có tổn thương não có rối loạn nuốt trong vòng 3 ngày đầu tiên. Đột quy là nguyên nhân chính gây ra tình trạng rối loạn nuốt. Người bệnh bị rối loạn nuốt có nguy cơ cao hơn mắc mất nước, viêm phổi hít sặc, suy dinh dưỡng. Vì vậy, chúng ta cần quan tâm và chú ý đến tình trạng rối loạn nuốt của người bệnh. Một trong những biện pháp điều trị cho người bệnh rối loạn nuốt là điều chỉnh chế độ ăn bằng chất làm đặc cũng như tư thế cho ăn đúng

1. ĐIỀU KIỆN TẬP CHO ĂN ĐƯỜNG MIỆNG

Người bệnh đột quy có rối loạn nuốt có thể bắt đầu được cho ăn khi đảm bảo đủ các tiêu chuẩn sau

- Không có đột quy tái phát hoặc diễn biến bệnh không nặng lên.
- Nhận thức được
- Có phản xạ nuốt
- Miệng, họng được vệ sinh sạch sẽ
- Có thể ho chủ động
- Có thể kiểm soát nuốt nghẹn
- Không bị viêm phổi

2. CÁCH TẬP CHO ĂN ĐƯỜNG MIỆNG Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN NUỐT

2.1. LƯỢNG GIÁ TRƯỚC KHI TẬP LUYỆN

- Tình trạng toàn thân: Người bệnh có tỉnh táo, mạch, huyết áp, nhiệt độ
- Nhận thức: Người bệnh có làm theo lệnh không?
- Tình trạng hô hấp: Đánh giá tình trạng đờm dãi

2.2. CHUẨN BỊ TRƯỚC BUỔI TẬP

- Chuẩn bị thức ăn cho người bệnh đúng với kết cấu được chỉ định. Nên lượng hóa lượng thức ăn đã chuẩn bị để dễ dàng đánh giá mức năng lượng người bệnh đã ăn trong mỗi buổi tập.
- Chuẩn bị dụng cụ: cốc, bát, thìa, khăn ăn, khăn giấy, cốc khạc nhổ, máy hút đờm rãi, bộ đo huyết áp, SpO₂...

2.3 TƯ THẾ CHO ĂN ĐÚNG

2.3.1. Tư thế cho ăn khi nằm trên ghế

- Người bệnh được cho ăn khi nằm trên ghế khi kiểm soát đầu cổ kém, thẳng bằng ngối kém, khó khăn khi đưa thức ăn vào miệng, người bệnh không thể giữ được tư thế lâu
- Tư thế nằm trên ghế ngối

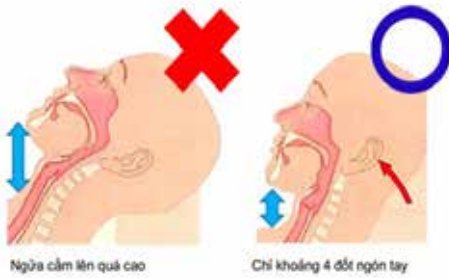


2.3.2. Tư thế cho ăn với đối tượng ngồi trên xe lăn

- Chỉ định: người bệnh có thể ngồi vững và ngồi kéo dài trên xe lăn
- Để người bệnh ngồi đúng, cần đặt hai bàn chân lên sàn nhà hoặc chỗ để chân trên xe lăn

Phần đầu cổ

Nâng cao gối nằm



2.4. CÁCH TẬP CHO ĂN

- Môi trường luyện tập: yên tĩnh, ít tiếng ồn.
- Tập ăn từng thìa với lượng thức ăn vừa phải, đảm bảo người bệnh giữ tư thế an toàn trong quá trình tập ăn.
- Quan sát mỗi thìa người bệnh ăn để thấy cách thức ăn. Nếu người bệnh ăn an toàn thì sẽ cho ăn thìa tiếp theo, dừng cho ăn nếu phát hiện bất thường
- Sau khi ăn xong:
 - » Lau sạch miệng
 - » Kiểm tra giọng nói
 - » Ghi chép hồ sơ mô tả quá trình luyện tập

⊕ Đưa muỗng theo chiều ngang phù hợp với tầm mắt

⊗ Nếu chăm sóc theo hướng từ trên xuống thì sẽ gây nguy hiểm vì cằm lúc này bị đưa lên cao



Chăm sóc với lượng thức ăn phù hợp với từng bệnh nhân



2.5 LƯỢNG GIÁ KHI TẬP ĂN

Vấn đề	Khám và lượng giá
Nhận biết thức ăn	Người bệnh có nhìn thức ăn không
Lấy thức ăn	Môi có khép lại để giữ thức ăn không
Thức ăn có rơi ra ở mép miệng	Khi ăn thức ăn có bị rơi vãi không
Nhai và hình thành viên thức ăn	- Miệng có đóng lại và nhai đều không? - Thức ăn trong miệng có bị văng ra ngoài không
Đưa thức ăn đến hầu họng	Người bệnh có cố gắng nuốt nhưng không được không?
Cử động thanh quản	- Thanh quản có cử động tốt không? - Phạm vi-cường độ-tốc độ
Nuốt có vướng mắc	- Người bệnh có vướng mắc khi nuốt không, có thường xuyên không. - Vướng mắc ở giai đoạn nào - Tình trạng nuốt vướng như nào
Thay đổi giọng	Người bệnh có thay đổi giọng khi ăn hay sau ăn không? Giọng ứốt? Giọng khàn?
Thay đổi hô hấp	- Người bệnh có rối loạn nhịp thở nhưng không có triệu chứng nghẹn

Kết thúc quá trình cho ăn khi:

- Khi người bệnh ăn hết
- Khi có các dấu hiệu nguy hiểm
 - » Nếu người bệnh bị nghẹn, nuốt vướng nhiều/ rối loạn nhịp thở
 - » Nuốt quá chậm
 - » Người bệnh không tập trung chú ý

3. CHẾ ĐỘ ĂN CHO NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN NUỐT

Thay đổi chế độ ăn liên quan đến sự thay đổi độ kết dính của thực phẩm/đồ uống của người bệnh. Đây là biện pháp được sử dụng thường xuyên trong lượng giá cũng như điều trị cho các người bệnh bị rối loạn nuốt.

Tình trạng nuốt của người bệnh thay đổi theo dạng thức ăn: thức ăn rắn hay lỏng, nếu là thức ăn rắn tùy thuộc vào độ mềm, độ kết dính (độ khó phân rã), độ bám dính.... Từ đó kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu (ST) có biện pháp cụ thể cho từng trường hợp. Ví dụ: ST có thể tư vấn cho người bệnh và người nhà nên nấu thức ăn làm đặc lại; hoặc khi người bệnh đang nuốt thì nghẹn nên chọn các loại không phân rã trong họng hay thức ăn đó phải tập trung trong khoang miệng và đẩy xuống... Dạng thức ăn thích hợp sẽ giúp người bệnh dễ nuốt hơn qua đó cải thiện tình trạng dinh dưỡng, chất lượng cuộc sống cũng như cải thiện chức năng nuốt.

Khả năng nuốt thay đổi tùy vào dạng thức ăn.

- Sự khác biệt giữa dạng lỏng và dạng rắn
- Độ khó nuốt thay đổi tùy theo kết cấu thức ăn.
 - » Trường hợp là dạng chất lỏng: đặc hay lỏng
 - » Trường hợp là dạng rắn

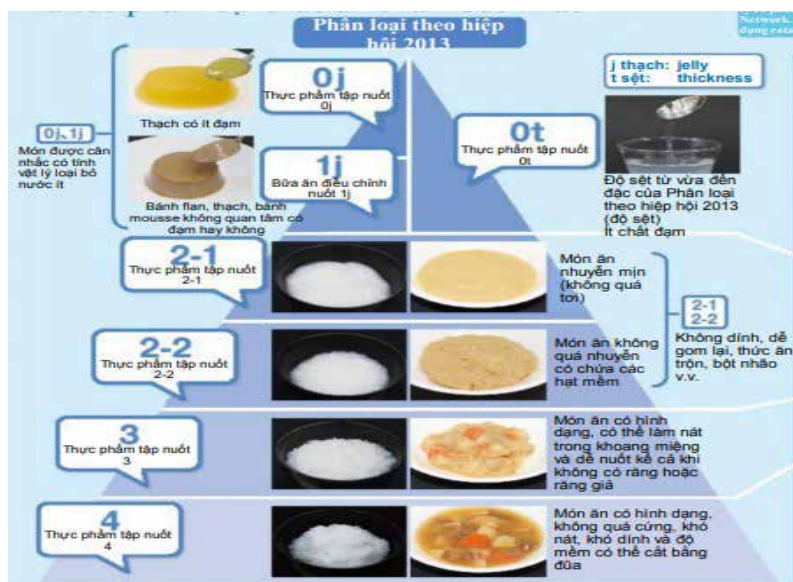
- » Độ cứng (độ mềm)
- » Độ kết dính (độ khó phân rã) và tính dễ thay đổi
- » Độ bám dính (độ trơn tuột) → Độ dính

3.2. PHÂN LOẠI ĐỘ QUÁNH CỦA THỨC UỐNG

Bảng tổng hợp mức độ đặc theo Tiêu chuẩn hiệp hội khoa học Nhật bản 2013

Giai đoạn 1 Đặc nhẹ (Mildly thick)	Giai đoạn 2 Đặc vừa (Moderately thick)	Giai đoạn 3 Đặc sệt (Extremely thick)
Giải thích về tính chất (khi uống)		
<p>Khi đưa vào miệng thì lan ra trong khoang miệng</p> <p>Tùy theo loại, mùi vị, nhiệt độ của chất lỏng nhiều khi không cần chú ý đến độ quánh</p> <p>Không cần gắng sức khi uống.</p> <p>Có thể hút dễ dàng bằng ống hút</p>	<p>Cử động trong khoang miệng chậm, không lan ra liền</p> <p>Dễ tập trung lại trên lưỡi</p> <p>Việc hút bằng ống hút có chút khó khăn</p>	<p>Độ đặc dễ nhận biết. Có hình khối. Cần sức để nuốt. Ăn bằng muỗng là thích hợp với mức độ đặc. Việc hút bằng ống hút khó khăn</p>
Tính chất khi nhìn		
<p>Khi nghiêng muỗng dung dịch dễ dàng chảy xuống</p> <p>Dễ dàng chảy lọt qua khe nĩa</p> <p>Bám dính để lại một vệt sau khi nghiêng cốc đổ ra</p>	<p>Khi nghiêng muỗng, sẽ chảy từ từ</p> <p>Chảy xuống từ từ lọt qua kẽ răng nĩa</p> <p>Bám dính giống như là 1 lớp phủ</p> <p>sau khi nghiêng cốc cho chảy ra</p>	<p>Dù nghiêng muỗng, vẫn giữ nguyên hình dạng, khó chảy</p> <p>Không chảy lọt qua kẽ răng nĩa</p> <p>Dù nghiêng cốc cũng không chảy ra (thành dạng viên và rớt chậm)</p>

3.3. PHÂN LOẠI THỨC ĂN ĐIỀU CHỈNH CHO NGƯỜI RỐI LOẠN NUỐT 2013 CỦA HIỆP HỘI NGHIÊN CỨU VỀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NUỐT NHẬT BẢN



**3.4. LỰA CHỌN KẾT CẤU THỨC ĂN CHO NGƯỜI RỐI LOẠN NUỐT DỰA VÀO KẾT QUẢ GUSS**

Nuốt thành công (GUSS: 20đ)	Nuốt chất đặc/ lỏng / rắn bình thường	Không hoặc rối loạn nuốt nhẹ, ít nguy cơ bị hít sặc	Ăn bình thường Tiếp tục uống nước, lần đầu có sự giám sát của chuyên gia trị liệu ngôn ngữ (ST) hoặc Điều dưỡng đột quỵ
Rối loạn nuốt nhẹ (GUSS:15-19)	Nuốt chất đặc/ lỏng bình thường, không nuốt được chất rắn	Rối loạn nuốt nhẹ với nguy cơ hít dị vật thấp	Chế độ ăn của rối loạn nuốt (thức ăn mịn) Uống nước chậm, một ngụm nhỏ/lần Làm thêm nội soi ống mềm (FEES) hoặc nội soi gắn camera (VFES) Khám thêm ST
Rối loạn nuốt mức độ trung bình (GUSS:10-14)	Nuốt được chất đặc, không nuốt được chất lỏng	Rối loạn nuốt trung bình đi kèm nguy cơ hít dị vật	Ăn chất đặc như của trẻ em và bổ sung nuôi dưỡng tĩnh mạch Tất cả nước phải làm đặc lại! Thuốc phải nghiền ra và pha với nước thành dịch đặc Không dung thuốc dạng nước!! Khám thêm FEES hoặc VFES, ST Cho người bệnh ăn qua ống thông dạ dày hoặc nuôi dưỡng đường tĩnh mạch
Rối loạn nuốt mức độ nặng (GUSS:0-9đ)	Không nuốt được nước bọt hoặc chất đặc	Rối loạn nuốt nặng với nguy cơ cao hít dị vật	Không ăn bằng miệng Khám thêm FEES hoặc VFES, ST Cho người bệnh ăn qua ống thông dạ dày hoặc nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Watanabe (2018). The Criteria of Thickened Liquid for Dysphagia Management in Japan, 26-32
2. Fujitani J (2013). Japanese Society of Dysphagia Rehabilitation: classification of dysphagia modified food.
3. Elaine L (2015). Using the Gugging Swallowing Screen (GUSS) for Dysphagia Screening in Acute Stroke

CHƯƠNG TRÌNH HƯỚNG DẪN TẬP ĂN UỐNG TẠI NHÀ CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ CÓ RỐI LOẠN NUỐT

CN. Trần Lan Phương

Mục tiêu

1. Nhận biết người bệnh có rối loạn nuốt.
2. Phân biệt được loại thức ăn, đồ uống dễ nuốt và khó nuốt.
3. Tư thế ăn an toàn và theo dõi trong quá trình tập nuốt.
4. Phát hiện những nguy cơ gây hít sặc.

NỘI DUNG

Người bệnh đột quỵ não có rối loạn nuốt khi ra viện sẽ được quản lý việc ăn uống tại nhà. Điều này đồng nghĩa với việc người nhà người bệnh sẽ tham gia vào việc tập cho người bệnh ăn, uống tại nhà với sự hỗ trợ của chuyên viên ngôn ngữ.

Trước khi ra viện chuyên viên ngôn ngữ và chuyên viên dinh dưỡng sẽ thống nhất để đưa ra các dạng thức ăn, đồ uống mà người bệnh có thể ăn và uống an toàn. Từ đó sẽ hướng dẫn người nhà người bệnh cách nấu, cách lựa chọn đồ ăn phù hợp với tình trạng rối loạn nuốt của người bệnh.

Người nhà người bệnh cũng sẽ được chuyên viên ngôn ngữ hướng dẫn cách chọn tư thế khi ăn, cách quan sát nhận biết những nguy cơ gây hít sặc đồ ăn hay nước uống khi người bệnh ăn bằng đường miệng.

1. DẤU HIỆU NHẬN BIẾT RỐI LOẠN NUỐT

- Môi khép không kín.
- Chảy dãi nhiều.
- Rơi vãi đồ ăn, nước uống, tổn động thức ăn trong miệng sau nuốt.
- Trào ngược lên mũi.
- Hắng giọng, ho trong và sau khi ăn.
- Giọng nói ướt, lợ xọc.

2. CÁC DẠNG THỨC ĂN VÀ ĐỘ ĐẶC CỦA CHẤT LỎNG PHÙ HỢP CHO NGƯỜI BỆNH CÓ RỐI LOẠN NUỐT

Đối với người bệnh có rối loạn nuốt, đồ ăn và đồ uống thông thường có thể gây khó khăn, nguy hiểm khi ăn bằng đường miệng. Do vậy đồ ăn, nước uống cho người bệnh có rối loạn nuốt thường phải thay đổi kết cấu để phù hợp với tình trạng rối loạn nuốt.

Một số tính chất đồ ăn giúp cho người bệnh dễ nuốt và nuốt an toàn hơn như:

- Thức ăn mềm.
- Dạng đồng nhất.
- Không dính.
- Dễ tạo viên thức ăn.

**Kết cấu thức ăn: được chia làm 4 mức độ**

Mức độ	Tính chất	
Mức độ 1: Xay nhuyễn	Đồng nhất Có độ kết dính cao Nhai rất ít hoặc không cần nhai	Súp nghiền, caramen, sữa chua...
Mức độ 2: Miếng nhỏ và ẩm	Kết dính và ẩm Dễ tạo thành viên thức ăn, Cần phải nhai 1 chút	Cháo đặc, chuối chín, vỏ bánh giò,...
Mức độ 3: Miếng vừa mềm	Mềm Cần phải nhai nhiều hơn, Dễ hình thành viên thức ăn	Cơm nát, rau củ ninh nhừ, thịt băm nhỏ hầm nhừ,...
Mức độ 4: Bình thường	Tất cả các loại thức ăn	

Độ đặc của chất lỏng

Chất lỏng là dạng khó nuốt nhất đối với người bệnh có rối loạn nuốt. Để người bệnh có thể đảm bảo uống đủ nước và uống an toàn thì chất lỏng sẽ được làm đặc lại với chất làm đặc theo tỉ lệ để đạt được mức an toàn cho người bệnh. Chất lỏng được chia làm 4 mức độ:

Mức độ	Tính chất	
Mức độ 1: Rất đặc (pudding)	Rất đặc Không chảy hoặc chảy rất chậm khi nghiêng thìa	
Mức độ 2: Đặc vừa (honey)	Đặc vừa Nghiêng thìa chảy chậm như mật ong	
Mức độ 3: Đặc nhẹ (nectar)	Hơi đặc hơn nước 1 chút Nghiêng thìa có thể chảy thành dòng	
Mức độ 4: Bình thường	Nước, chất lỏng	

3. NHỮNG LOẠI THỨC ĂN KHÓ NUỐT VỚI NGƯỜI BỆNH MẮC CHỨNG RỐI LOẠN NUỐT

Nước	Nước, trà, các loại thể lỏng khác
Thức ăn có vị chua đậm	Thức ăn có dấm
Thức ăn khô	Bánh mì, khoai hấp, trứng luộc
Thức ăn cứng	Mực, thịt cứng
Thức ăn dính vào cổ họng	Bánh dày, bánh trôi, vỏ đậu ninh
Thức ăn dạng hạt rời	Đậu phộng, củ sen
Thức ăn có nhiều nước	Các loại quả có múi: dưa hấu, cam, quýt...
Thức ăn tách riêng nước và cái	Bún, phở, cơm chan canh, loại thuốc uống chung với nước

Chuyên viên cần hướng dẫn cho người bệnh và người nhà các dạng đồ ăn và thức uống nào phù hợp với tình trạng rối loạn nuốt của người bệnh, dạng nào gây khó khăn và nguy hiểm cho người bệnh khi ăn bằng đường miệng.

Với chế độ ăn cho người rối loạn nuốt, một số người bệnh có thể đảm bảo an toàn và đủ dinh dưỡng khi ăn hoàn toàn bằng đường miệng, nhưng cũng có người bệnh chỉ đảm bảo một phần nhu cầu dinh dưỡng và cần hỗ trợ ăn qua ống thông. Do đó, người bệnh và người nhà cần biết được lượng đồ ăn và thức uống trong một lần tập ăn để đảm bảo an toàn.

4. CHUẨN BỊ TƯ THẾ CHO NGƯỜI BỆNH BẮT ĐẦU TẬP ĂN

Ngồi thẳng

Người bệnh:

- Có thể kiểm soát đầu cổ tốt
- Có thể kiểm soát cơ thân mình và ngồi được ít nhất 30 phút
- Kiểm soát thức ăn trong miệng tốt





Nằm đầu cao trên ghế

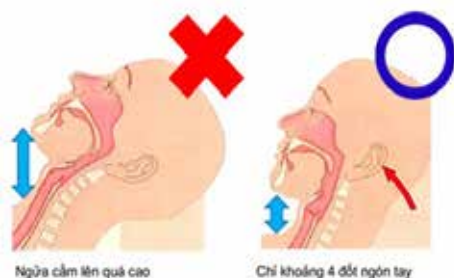
Người bệnh:

- Không giữ được phần đầu cổ
- Không thể ngồi được do liệt
- Dễ bị mệt và không giữ được tư thế
- Gặp khó khăn trong việc giữ thức ăn trong miệng, di chuyển viên thức ăn trong khoang miệng.



Phần đầu cổ

Nâng cao gối nằm



5. KIỂM TRA TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH TRƯỚC KHI TẬP NUỐT

- Trạng thái cơ thể ổn định
- Nhận thức: Có nghe theo được hướng dẫn
- Tình trạng hô hấp
- Có phản xạ nuốt
- Khả năng ho, khạc chủ động
- Khoang miệng: sạch hay có tổn động nước bọt, đờm
- Sự vận động của khoang miệng: hàm, môi, lưỡi

6. CHUẨN BỊ TẬP ĂN, UỐNG

Vận động miệng trước khi ăn

Bài tập với người bệnh không tự vận động được

1. Nắm

- Nắm ở mức độ không đau, dừng lại 3 giây.
- Làm cho 6 chỗ theo trình tự, lặp đi lặp lại 3 lần



2. Đè xuống

- Đè vào bên trong dọc theo môi



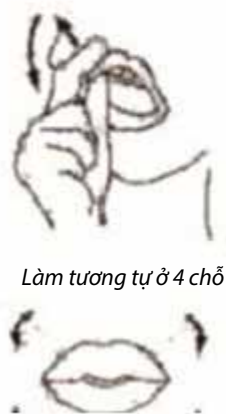
3. Kéo giãn ra

- Kéo giãn môi trên xuống
- Kéo giãn môi dưới lên



4. Thọc ngón tay vào

- Thọc ngón tay vào từ kheo miệng, kéo giãn ra phía ngoài



- Kéo giãn ra, sao cho làm phồng má



- Kéo giãn từ trên xuống dưới để đẩy rộng ra phía ngoài

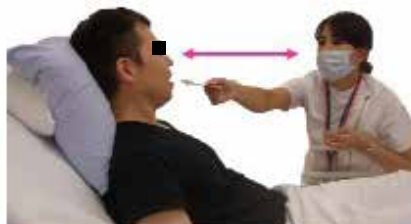


Với những người bệnh có thể tự vận động miệng có thể hướng dẫn các động tác vận động môi, hàm, lưỡi

- Há miệng – ngậm miệng
- Chu miệng – cười
- Phồng má
- Đưa lưỡi ra trước
- Đưa lưỡi sang phải – trái
- Đưa lưỡi cong lên trên – đưa xuống dưới.

**Luyện tập trực tiếp**

⊙ Đưa muỗng theo chiều ngang phù hợp với tầm mắt



✗ Nếu chăm sóc theo hướng từ trên xuống thì sẽ gây nguy hiểm vì cằm lúc này bị đưa lên cao

**Chăm sóc với lượng thức ăn phù hợp với từng bệnh nhân**

Kiểm tra chuyển động của họng (nuốt vào) đối với từng người

Lưu ý khi ăn

- Với người chăm sóc
 - » Luôn ngồi bằng hoặc thấp hơn người bệnh.
 - » Luôn đưa muỗng ngang phù hợp tầm mắt
 - » Lấy lượng thức ăn phù hợp
 - » Kiểm tra chuyển động của thanh quản để đảm bảo người bệnh đã nuốt
 - » Không nói chuyện khi ăn, tránh mất tập trung.
- Với người bệnh:
 - » Không nói chuyện khi ăn, tránh mất tập trung.
 - » Luôn ngồi ăn trong môi trường yên tĩnh.
 - » Nếu thấy khó nuốt đồ ăn, nước uống cần phải khạc hoặc nhổ ra.
 - » Sau khi nuốt nếu còn thấy vướng tại vùng cổ nên chủ động ho mạnh và khạc ra.

7. NHỮNG ĐIỂM CẦN QUAN SÁT

Trong quá trình cho người bệnh ăn việc quan sát và phát hiện những bất thường là rất quan trọng. Điều đó sẽ giúp cho người bệnh tránh được nguy cơ hít sặc, nguy cơ viêm phổi.

Người chăm sóc cần phải quan sát những vấn đề sau:

Trạng thái khi ăn	
Nhận biết thức ăn	Có đang nhìn thức ăn hay không?
Lấy thức ăn	Môi có đóng lại để lấy và giữ thức ăn không?
Kiểm soát miệng	Khi ăn có rơi vãi thức ăn không?
Nhai và tạo viên thức ăn	Miệng có đóng lại và nhai không?
Đẩy viên thức ăn xuống hầu	Có đang trong tình trạng cố gắng nuốt nhưng vẫn không thể nuốt được hay không?
Cử động thanh quản	Thanh quản có cử động tốt không?

Phát hiện bất thường	
Ho sặc	Có bị ho hay không, khoảng bao nhiêu lần? Bị ho ở giai đoạn nào khi ăn? → Bắt đầu ăn - Đang ăn - Ăn xong Tình trạng ho như thế nào?
Thay đổi giọng	Giọng có biến đổi trong lúc ăn, sau khi ăn không? (Khàn, giọng lọc xọc) * Giọng lọc xọc: là giọng như có đờm bên trong.
Thay đổi tình trạng hô hấp	Dù không bị ho sặc nhưng có rối loạn nhịp thở không? → Có khả năng là hít sặc nhưng không bị ho (hít sặc thầm lặng).

8. KẾT THÚC LUYỆN TẬP TRỰC TIẾP

- Dừng lại nếu đã ăn hết
- Dừng lại nếu có nguy hiểm
 - » Nếu bị ho nhiều / nếu bị rối loạn nhịp thở
 - » Việc nuốt vào rất chậm
 - » Lơ là không để ý
- Sau khi ăn xong
 - » Làm sạch miệng
 - » Kiểm tra giọng nói
- Ghi chép nhật kí ăn uống

9. NHỮNG DẤU HIỆU, TRIỆU CHỨNG CẦN BÁO CHUYÊN VIÊN NGÔN NGỮ (ST) ĐỂ ĐÁNH GIÁ LẠI TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN NUỐT

- Sặc trong khi ăn và uống
- Ho trong và sau khi ăn
- Không thể nuốt nước bọt, chảy nước dãi
- Giọng nói ướt và lọc xọc.
- Thở gấp trong khi ăn và uống.
- Tức ngực.
- Rơi vãi đồ ăn, nước uống hoặc tổn động trong miệng sau khi nuốt.
- Có dấu hiệu nhiễm khuẩn hoặc tăng thân nhiệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tài liệu AVANT dành cho người bệnh đột quy não có rối loạn nuốt.
2. Khoa Phục hồi chức năng – NCGM Nhật Bản (2018). Tài liệu hướng dẫn tập luyện cho người bệnh đột quy não có rối loạn nuốt.

ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN NUỐT TẠI GIƯỜNG*

* Được thiết kế dựa trên thang SSA với sự đồng thuận của nhóm đa chuyên ngành (Phục hồi chức năng, nội thần kinh, ngoại thần kinh, dinh dưỡng, dược) và sự hỗ trợ của Bệnh viện NCGM Nhật Bản.

Họ tên người bệnh (NB):.....Tuổi:.....Nam / Nữ.

Mã bệnh án:.....Chiều cao:.....Cân nặng:.....

Viện/Trung tâm/Khoa:.....Ngày:.....Người đánh giá ký:.....

Bước 1: Tiêu chuẩn	Có	Không
1. NB tỉnh, đáp ứng với lời nói		
2. NB ngồi thẳng, có kiểm soát đầu cổ		
Nếu 1 trong 2 câu trả lời là KHÔNG , dừng đánh giá, NB cần được cho ăn qua thông dạ dày và đánh giá lại sau 24h		
Bước 2: Lượng giá gián tiếp		
3. NB có thể ho khi được đề nghị		
4. NB có thể kiểm soát được nước bọt		
5. NB có thể đưa lưỡi ra ngoài, nâng lên, hạ xuống		
6. NB hô hấp không cần hỗ trợ (SpO2 ≥ 95%, không khó thở, nhịp thở 16-20 lần/phút)		
Nếu trả lời câu hỏi 3-6 đều là CÓ : tiếp tục đánh giá Nếu là KHÔNG cho bất kỳ câu nào từ 3-6: dừng đánh giá**		
7. NB có giọng khan ứt	DỪNG**	TIẾP TỤC
Bước 3: Nuốt nước	Dấu hiệu rối loạn nuốt	
Lần 1: Cho uống 1 thìa nước (5ml)	NB không nuốt, nước chảy ra ngoài miệng	
Lần 2: Cho uống 1 thìa nước (5ml)	Ho, sặc	
Lần 3: Cho uống 1 thìa nước (5ml)	Khó thở	
Lần 4: Cho uống 50ml nước bằng cốc	Giọng khàn / ứt	
Mỗi lần uống, quan sát dấu hiệu rối loạn nuốt		
Nếu KHÔNG có các dấu hiệu trên sau khi uống 50ml nước, NB có thể ăn bằng đường miệng chế độ dễ nuốt giai đoạn 2*** sau khi đã thảo luận kết quả đánh giá với Bác sỹ. Điều dưỡng quan sát bữa ăn đầu tiên của NB. Nếu CÓ bất kỳ dấu hiệu nào, dừng đánh giá**		

Kết luận: NB ăn uống đường miệng Nuôi ăn qua thông Không chắc chắn

** Hỏi ý kiến điều dưỡng có kỹ năng hơn, xin ý kiến đặt thông dạ dày của bác sỹ, chuyển NB cho chuyên viên ngôn ngữ lượng giá chi tiết hơn.

*** Do trung tâm dinh dưỡng lâm sàng bệnh viện Bạch Mai cung cấp

Nếu nghi ngờ, không chắc chắn, hãy thảo luận với chuyên viên ngôn ngữ trị liệu hoặc nhóm điều trị.

© 2020 Bach Mai Hospital, Viet Nam /

National Center for Global Health and Medicine, Japan. All rights reserved.

CHĂM SÓC VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SỚM SAU ĐỘT QUỴ
DỰ ÁN HỖ TRỢ VÀ CẢI THIỆN CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC ĐỘT QUỴ
脳卒中の早期リハビリテーション
医療技術等国際展開推進事業 脳卒中チームプロジェクト

ISBN: 978-4-909675-71-2

Bach Mai Hospital

バックマイ病院

78 Giải Phóng, Phương Mai, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Tel: 84-024-3869-3731

National Center for Global Health and Medicine, Japan

Bureau of International Health Cooperation

国立国際医療研究センター 国際医療協力局

1-21-1 Toyama, Shinjuku, Tokyo 162-8655, Japan

Tel: 81-3-3202-7181

<http://kyokuhp.ncgm.go.jp/>

This program is funded by "The International Promotion of Japan's Healthcare Technologies and Services in 2020" conducted by the National Center for Global Health and Medicine under the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan.

Dự án được tài trợ bởi chương trình "Xúc tiến công nghệ và dịch vụ chăm sóc y tế quốc tế năm 2020" của Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Nhật Bản, với sự tham gia của Trung tâm quốc gia về Y tế và Sức khỏe toàn cầu Nhật Bản (NCGM).



BỆNH VIỆN BẠCH MAI - BACH MAI HOSPITAL

Địa chỉ: 78 Giải Phóng, Phương Mai, Đống Đa, Hà Nội

Điện thoại: 0243.8689.982

Trung tâm phục hồi chức năng: (+84) 869587702



NCGM

National Center for Global Health and Medicine

Bureau of International Health Cooperation

国立国際医療研究センター 国際医療協力局

<http://kyokuhp.ncgm.go.jp/>



9784909675712