



# DỰ ÁN “HÒA NHẬP 1”

Phục hồi chức năng sau đột quỵ



# Mục tiêu học tập

1. Thể hiện kỹ năng trong việc áp dụng đánh giá hoạt động trị liệu cho bệnh nhân đột quy.
2. Thể hiện kỹ năng trong việc áp dụng những phương án can thiệp hoạt động trị liệu phù hợp với bối cảnh cho bệnh nhân đột quy.



# Mục lục

## Nội dung

I.	Giới thiệu về đột quy	VII.	Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hồi phục
II.	Nguyên nhân	VIII.	Khung thời gian cho việc hồi phục
III.	Quản lý y khoa cho đột quy cấp tính	IX.	Các giai đoạn hồi phục
IV.	Suy giảm thần kinh	X.	Lượng giá
V.	Hồi phục sau đột quy	XI.	Mục tiêu cho can thiệp
VI.	Hồi phục chức năng	XII.	Can thiệp



# I. Giới thiệu về đột quy

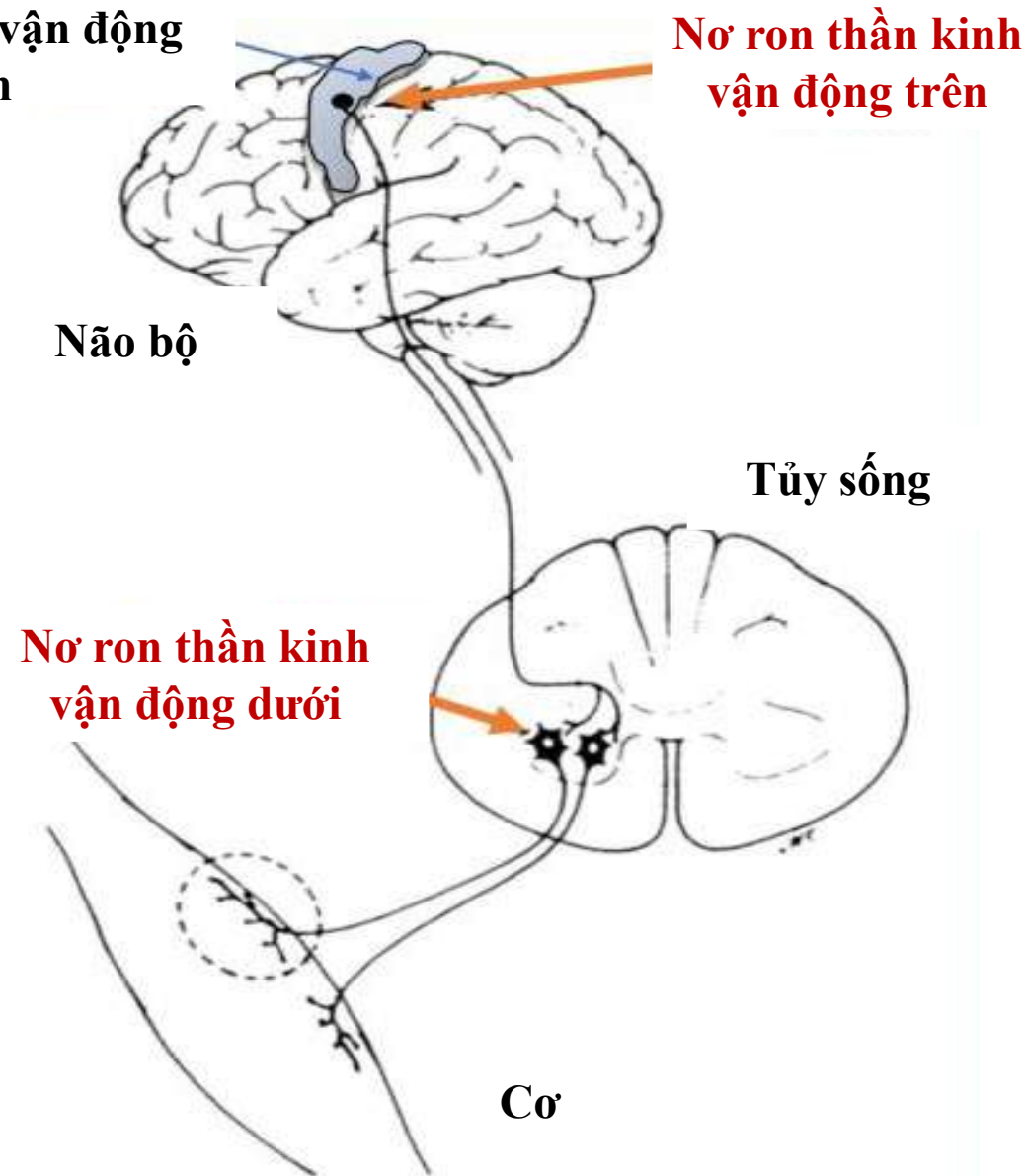
- Đột quy hoặc tai biến mạch máu não (CVA), là một rối loạn chức năng phức tạp gây ra bởi một tổn thương trong não.
- **Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) định nghĩa đột quy** là một “rối loạn chức năng thần kinh cấp có căn nguyên mạch máu với những triệu chứng và dấu hiệu tương ứng với vùng não bộ khu trú bị tổn thương.”

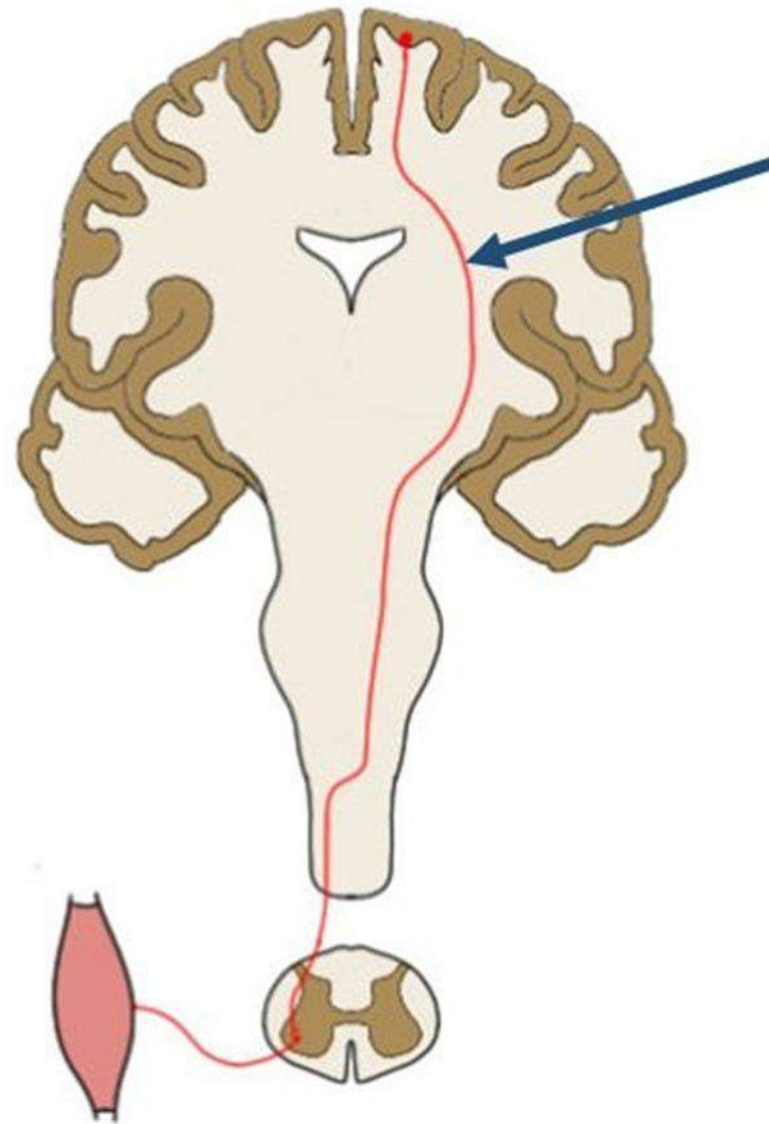


# I. Giới thiệu về đột quy

- Đột quy dẫn đến **rối loạn chức năng nơ ron thần kinh vận động trên** tạo ra liệt nửa người hoặc liệt một bên cơ thể, bao gồm cả tay chân và thân và đôi khi là cấu trúc mặt và miệng phía **đối diện với bán cầu não bị tổn thương**.

Vùng vỏ não vận động  
chính



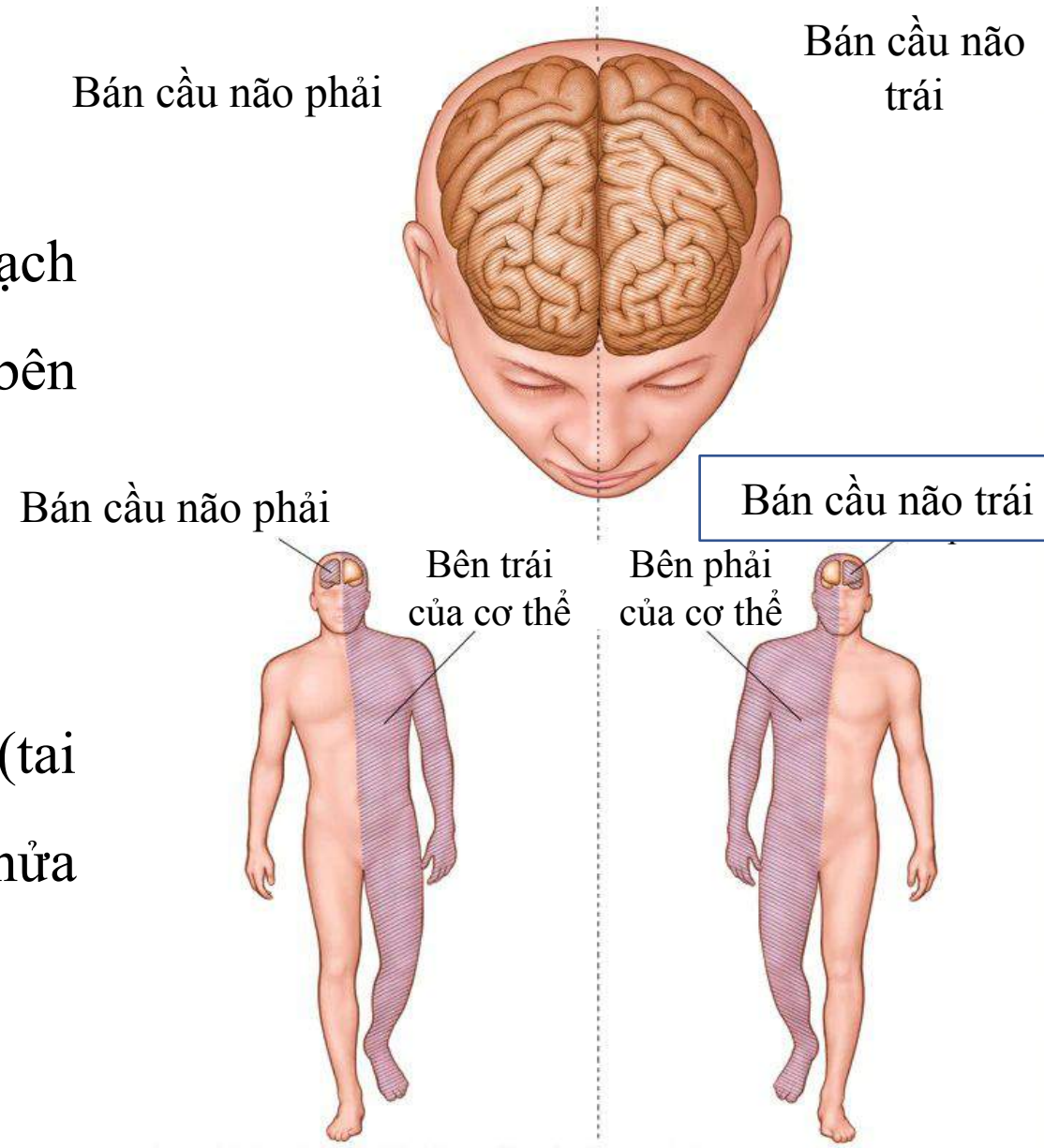


**Nơ ron thần  
kinh vận  
động trên**



# I. Giới thiệu về đột quỵ

- Một tổn thương ở bán cầu não trái (tai biến mạch máu não trái) sẽ gây ra tình trạng liệt nửa người bên phải.
- Ngược lại, một tổn thương ở bán cầu não phải (tai biến mạch máu não phải) sẽ gây ra tình trạng liệt nửa người bên trái.



## II. Nguyên nhân

### Thiếu máu cục bộ

- Tắc nghẽn mạch máu não
- **Huyết khối:** hẹp hoặc tắc mạch, thường là do xơ vữa động mạch.
- **Thuyên tắc mạch não:** huyết khối tiểu cầu/ cholesterol trôi □ tắc nghẽn động mạch

### Xuất huyết

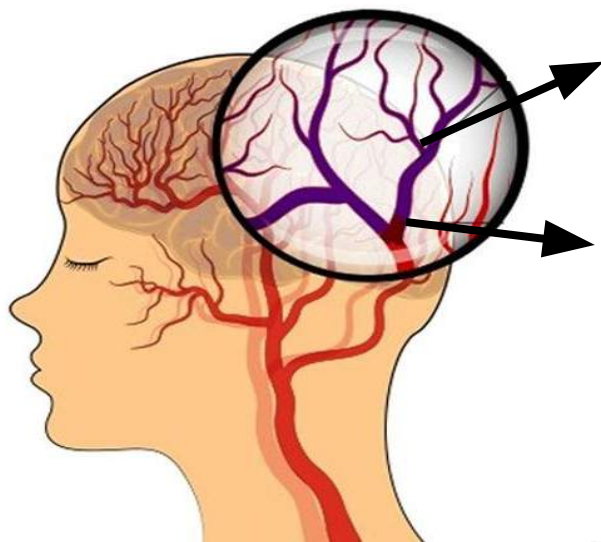
- Vỡ mạch máu não
- **Trong não:** chảy máu vào trong não.
- **Dưới màng nhện:** chảy máu quanh não.





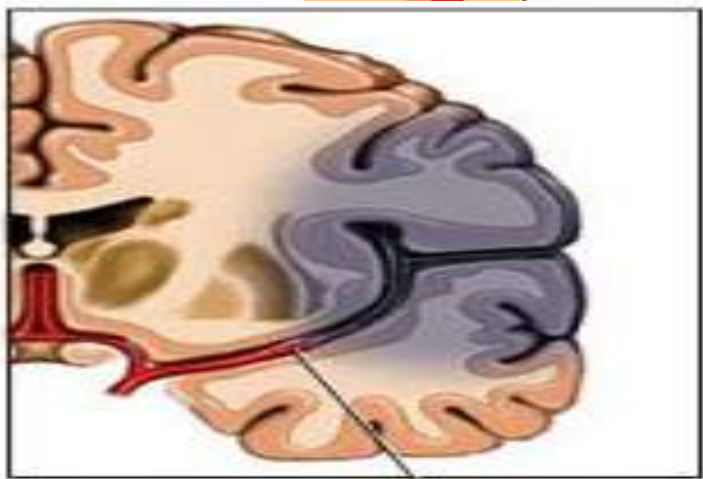
## II. Nguyên nhân

### Đột quỵ do thiếu máu cục bộ

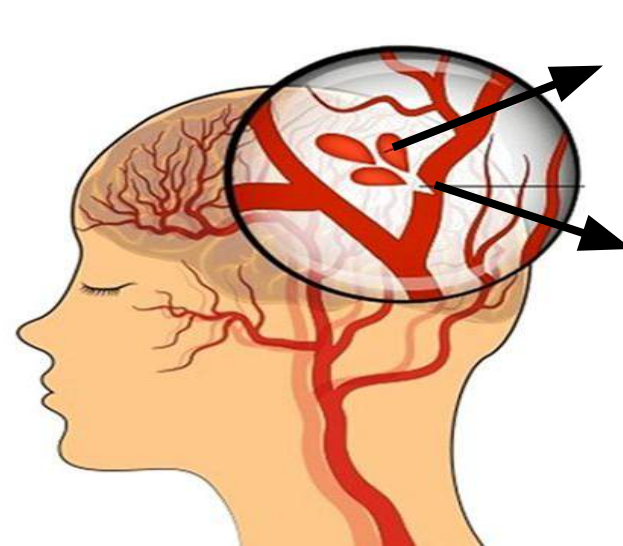


Thiếu oxy

Cục máu đông

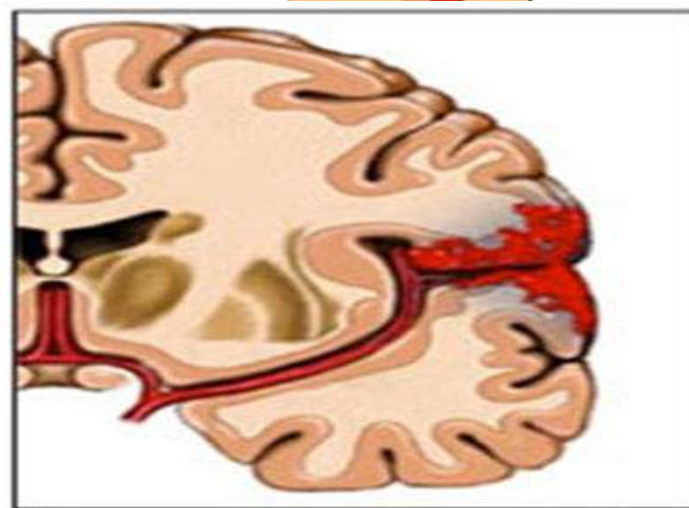


### Đột quỵ do xuất huyết não



Xuất huyết não

Vỡ mạch máu não



Một cục máu đông làm tắc dòng máu đến một khu vực của não.

Chảy máu xảy ra bên trong hoặc bên ngoài mô não.



# III. Quản lý y khoa đột quy cấp

- Xác định nguyên nhân và vị trí
- Ngăn ngừa tiến triển của tổn thương
- Giảm phù não
- Ngăn ngừa các biến chứng thứ cấp
- Điều trị các triệu chứng thần kinh

Đột quy do thiếu máu cục bộ	Đột quy do xuất huyết não
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Phục hồi dòng máu, hạn chế tổn thương thần kinh.</li><li>✓ Thuốc: thuốc chống huyết khối, thuốc làm tan huyết khối</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Kiểm soát áp lực nội sọ</li><li>✓ Ngăn chặn việc tái xuất huyết</li><li>✓ Duy trì áp lực tưới máu não</li><li>✓ Phẫu thuật / áp lực nội mạch</li></ul>



# IV. Suy giảm thần kinh

Khiếm khuyết thần kinh	Ảnh hưởng đến chức năng
▪ Liệt, yếu nửa người	✓ Khả năng điều chỉnh tư thế, điều hợp hai bên cơ thể và vận động bị suy giảm ✓ Giảm mức độ độc lập trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày đơn giản và có tương tác
▪ Chứng bán manh	✓ Giảm nhận thức và khả năng thích ứng với môi trường ✓ Khả năng đọc, viết, điều hướng, nhận biết con người, địa điểm bị suy giảm
▪ Chứng mất ngôn ngữ	✓ Ngôn ngữ bằng lời nói / văn bản bị suy giảm, không có khả năng giao tiếp, đọc, viết, hiểu. Giảm tương tác xã hội.
▪ Rối loạn vận ngôn	✓ Nói chậm, gặp khó khăn với chức năng vận động vùng miệng
▪ Khiếm khuyết về cảm giác xúc giác	✓ Tăng nguy cơ chấn thương cho các khu vực không nhạy cảm, khả năng điều hợp và khéo léo bị suy giảm



# IV. Suy giảm thần kinh

Khiếm khuyết thần kinh	Ảnh hưởng đến chức năng
▪ Chứng mất tự chủ	✓ Mất tự chủ đi vệ sinh, tăng tình trạng loét da, giảm tương tác xã hội
▪ Chứng khó nuốt	✓ Nguy cơ hít sặc, không thể ăn hoặc uống qua đường miệng
▪ Mất điều khiển chủ ý	✓ Giảm mức độ độc lập trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày đơn giản và có tương tác, không có khả năng học các kỹ năng mới
▪ Khiếm khuyết về nhận thức và nhận cảm	✓ Giảm mức độ độc lập trong hoạt động sinh hoạt hằng ngày đơn giản và có tương tác, tương tác xã hội. Không có khả năng học các kỹ năng mới
▪ Trầm cảm	✓ Giảm động lực, tham gia hoạt động, giao tiếp xã hội



## IV. Suy giảm thần kinh

Tai biến mạch máu não trái (CVA)	Tai biến mạch máu não phải (CVA)
✓ Yếu nửa người bên phải	✓ Yếu nửa người bên trái
✓ Chứng mất ngôn ngữ	✓ Thiếu hụt trường thị giác / lãng quên không gian
✓ Chứng mất điều khiển chủ ý	✓ Khả năng nhìn nhận/ phán xét kém
	✓ Hành vi bốc đồng



# V. Hồi phục sau đột quy

- **Cải thiện ban đầu hoặc hồi phục tức thì** – các quá trình bệnh lý trong não được giải quyết + dẫn truyền thần kinh hồi phục xung quanh vùng nhồi máu hoặc xuất huyết
- **Cải thiện liên tục** – tính khả biến thần kinh
- **Hồi phục nội tại:** khắc phục suy giảm thần kinh, ví dụ: chi bị liệt có thể cử động trở lại
- **Hồi phục thích ứng:** lấy lại khả năng thực hiện các nhiệm vụ / hoạt động chức năng và vai trò mà không cần phục hồi hoàn toàn các chức năng thần kinh, ví dụ: mặc quần áo bằng một tay hoặc đi bộ với gậy



# VI. Hồi phục chức năng

- Dựa vào một mình suy giảm thì không dự đoán được mức độ khuyết tật hoặc chức năng hoạt động.
- Các nghiên cứu cho thấy rằng
  - ✓ Khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày cơ bản tiến triển 3 tháng sau đột quy cấp, vẫn tồn tại khó khăn trong việc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày có tương tác.
  - ✓ Những người sống sót sau đột quy phản hồi về tình trạng suy giảm mức độ hoạt động, giao tiếp xã hội và chất lượng cuộc sống nói chung.



# VII. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hồi phục

Cấu trúc cơ thể	Chức năng cơ thể	Yếu tố cá nhân	Môi trường
✓ Loại, kích thước, vị trí tổn thương	✓ Sự hiện diện và mức độ nghiêm trọng của chứng liệt nửa người. ✓ Chứng mất ngôn ngữ	✓ Tuổi cao. ✓ Sự hiện diện và mức độ nghiêm trọng của các bệnh nền – tiểu đường, bệnh tim, bệnh mạch máu ngoại biên	✓ Tiếp cận các đơn vị chăm sóc đột quỵ cấp tính, phục hồi chức năng, giúp đỡ từ các thành viên trong gia đình





# VII. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hồi phục

## Yếu tố tiên đoán tích cực

Hỗ trợ từ gia đình

Độc lập trong các hoạt động sinh hoạt cơ bản

Khả năng tiếp cận đến các dịch vụ

## Yếu tố dự đoán tiêu cực

Trước đột quỵ

Hỗ trợ xã hội kém

Suy giảm vận động ban đầu nghiêm trọng

Khả năng thăng bằng khi ngồi kém

Sự phụ thuộc khi thực hiện các hoạt động sinh hoạt cơ bản

Tiểu & đại tiện mất tự chủ

Suy giảm chức năng không gian thị giác

Suy giảm nhận thức

Trầm cảm

Mất ngôn ngữ

Thay đổi mức độ ý thức



## VIII. Khung thời gian cho việc hồi phục

- Tỷ lệ phục hồi chức năng và vận động lớn nhất – 1 tháng sau tai biến mạch não
- Cải thiện được kỳ vọng nhưng hạn chế – *6 tháng sau tai biến mạch não*
- Nguyên nhân kém hồi phục:
  - ✓ Thiếu tính liên tục trong phục hồi chức năng
  - ✓ Thiếu điều trị tích cực theo thời gian
- Sự hồi phục liên tục các năm sau khi bệnh khởi phát được báo cáo ở những cá nhân đã khôi phục thành công vai trò cuộc sống hoặc tiếp nhận vai trò mới.



# IX. Các giai đoạn của sự hồi phục

1.1. Giai đoạn cấp tính /  
ngay sau đột quỵ

1.2. Giai đoạn phục hồi  
chức năng

3. Tái hòa nhập cộng  
đồng/ giai đoạn điều  
chỉnh tiếp tục



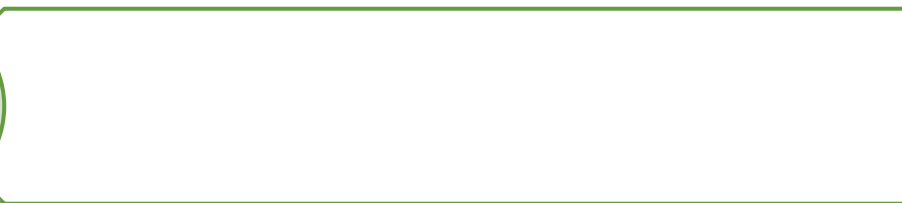
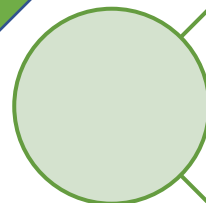
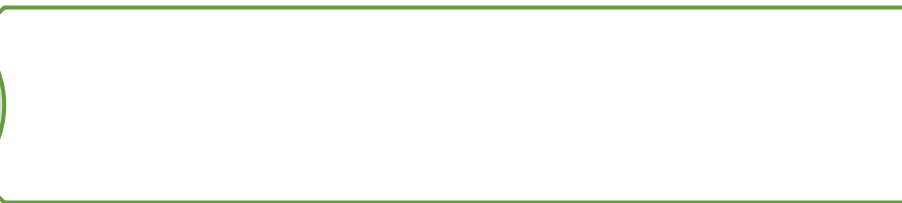
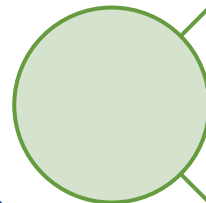
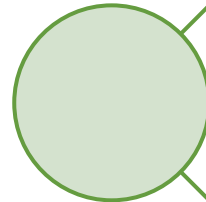

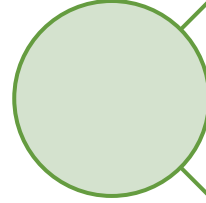
# X. Lượng giá

Nội dung
<b>A. Lượng giá hoạt động chức năng:</b>
<b>B. Lượng giá yếu tố cá nhân:</b>
1. Lượng giá chức năng cảm giác
2. Lượng giá chức năng vận động: 2a. Lượng giá khả năng điều chỉnh tư thế (khả năng thăng bằng) 2b. Lượng giá trương lực cơ. 2c. Lượng giá tình trạng bán trật khớp vai. 2d. Lượng giá tầm vận động khớp (ROM) 2e. Lượng giá sức cơ và sức bền. 2f. Lượng giá vận động chủ động của chi trên
3. Lượng giá chức năng lời nói và ngôn ngữ.
4. Lượng giá nhận thức.
5. Lượng giá nhận cảm.
6. Lượng giá các khía cạnh tâm lý xã hội.



## A. Lượng giá hoạt động chức năng

- Nó bao gồm hoàn thành một hồ sơ hoạt động và phân tích khả năng thực hiện hoạt động.
- Quan sát khả năng bệnh nhân tự chăm sóc, giải trí, làm các việc tại nhà và cộng đồng.
- Lượng giá nên dự đoán câu trả lời cho các câu hỏi ở phía bên phải:



## B. Lượng giá yêu cầu cá nhân

Nội dung
1. Lượng giá chức năng giác quan
2. Lượng giá chức năng vận động: 2a. Lượng giá khả năng điều chỉnh tư thế (thăng bằng) 2b. Lượng giá trương lực cơ. 2c. Lượng giá bán trật khớp vai. 2d. Lượng giá tầm vận động khớp (ROM) 2e. Lượng giá sức cơ và sức bền. 2f. Lượng giá vận động chủ động của chi trên
3. Lượng giá chức năng lời nói và ngôn ngữ.
4. Lượng giá nhận thức.
5. Lượng giá nhận cảm.
6. Lượng giá các khía cạnh tâm lý xã hội.



# 1. Lượng giá chức năng cảm giác

Cảm giác nông	Cảm giác sâu	Cảm giác vỏ não kết hợp
<ul style="list-style-type: none"><li>Thụ thể ngoại vi chịu trách nhiệm nhận biết cảm giác nông</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Thụ thể cảm giác vị trí khớp chịu trách nhiệm nhận biết cảm giác sâu</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Phối hợp của cảm giác nông và cảm giác sâu</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Chúng nhận được kích thích từ môi trường bên ngoài thông qua da hoặc mô dưới da</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Chúng nhận được kích thích từ cơ, khớp, gân, vvv</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Những cảm giác này đòi hỏi thông tin từ cả 2 loại thụ thể và các khu vực cảm giác ở vỏ não còn nguyên vẹn</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Cảm giác đau</li><li>Cảm giác nhiệt</li><li>Cảm giác sờ chạm (áp lực nhẹ và lực ấn)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Cảm giác vị trí tư thế</li><li>Cảm giác vận động khớp</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Phân biệt hai điểm</li><li>Nhận biết đồ vật</li></ul>

*Lưu ý: Tham khảo chương về đánh giá các chức năng cảm giác trong HK I cho các bài kiểm tra lâm sàng.*



# 1. Lượng giá về chức năng cảm giác

## □ Chức năng thị giác:

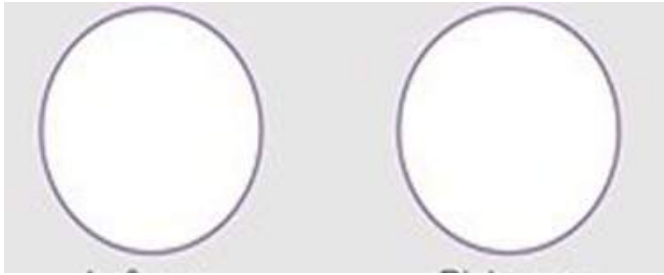
- Chứng bán manh cùng bên – khiếm khuyết trường thị giác phổ biến nhất (VFD).
- Đó là một khiếm khuyết trường thị giác ảnh hưởng đến một nửa của trường thị giác.
- Đồng bên có nghĩa là cả hai mắt đều có khiếm khuyết.





# 1. Lượng giá chức năng cảm giác

## Tầm nhìn thị trường bình thường



Mắt trái

Mắt phải



Mắt trái

Mắt phải

## Bán manh cùng bên (tai biến mạch máu não trái)



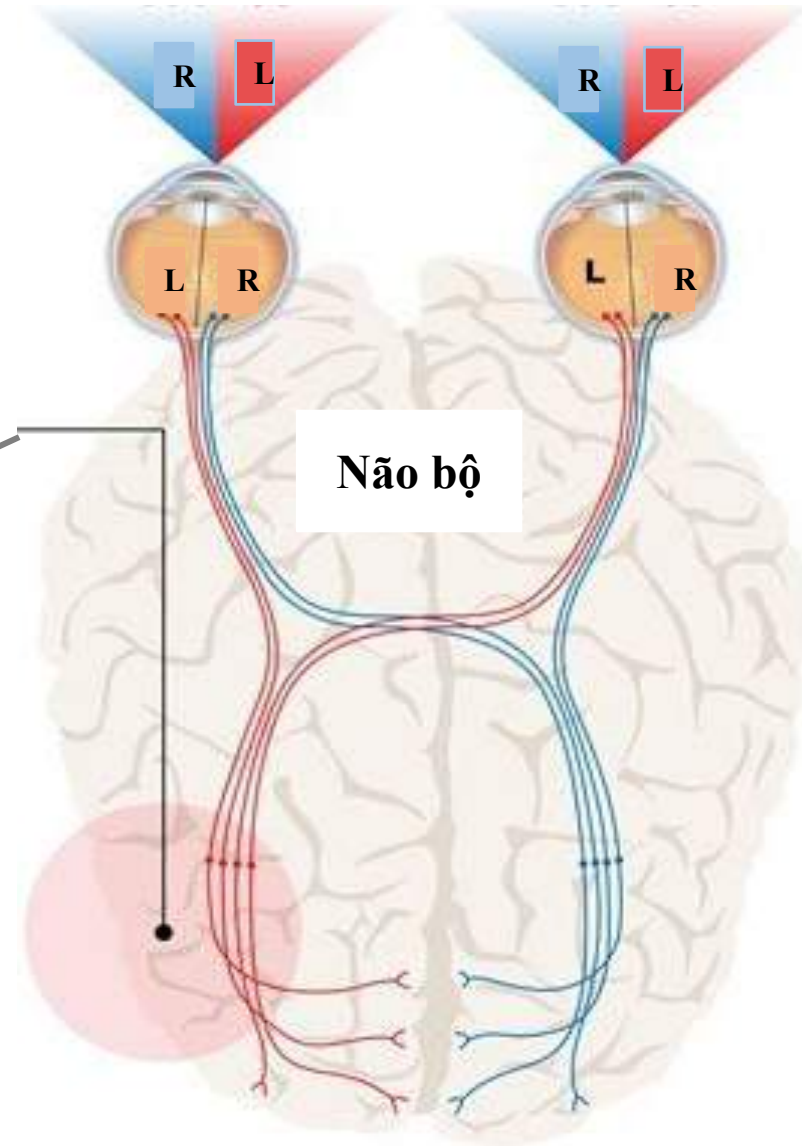
Mắt trái

Mắt phải



Mắt trái

Mắt phải



# 1. Lượng giá chức năng cảm giác

- Quan sát khả năng bệnh nhân thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày cung cấp thông tin tối đa về khiếm khuyết thị giác.
- Tập trung vào việc liệu bệnh nhân có khả năng và có thể đánh giá nhu cầu không gian của nhiệm vụ và hoàn thành nó một cách hiệu quả và an toàn hay không.



## 2. Lượng giá chức năng vận động

Chức năng vận động
2a. Lượng giá khả năng điều chỉnh tư thế (khả năng thăng bằng)
2b. Lượng giá trương lực cơ.
2c. Lượng giá tình trạng bán trật khớp vai.
2d. Lượng giá tầm vận động khớp (ROM)
2e. Lượng giá sức cơ và sức bền.
2f. Lượng giá vận động chủ động của chi trên



## 2a. Lượng giá khả năng điều chỉnh tư thế

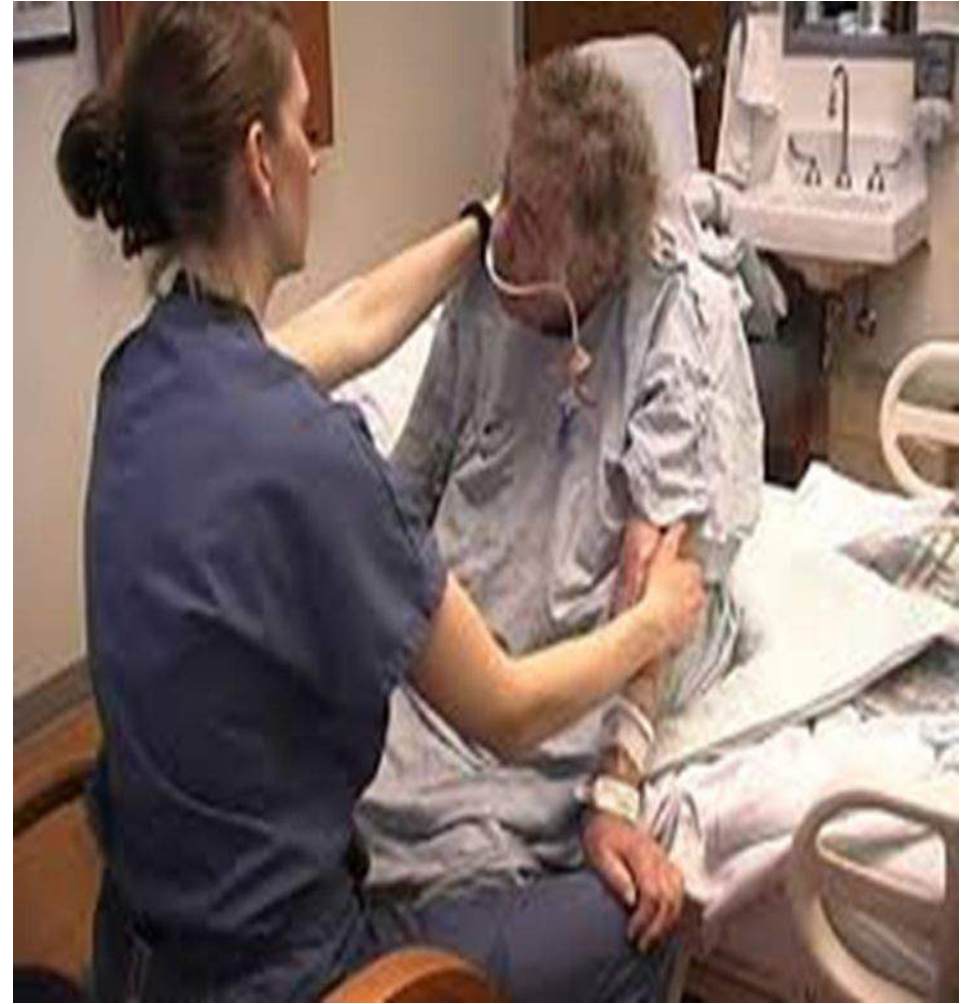
- Điều chỉnh tư thế là một cá nhân có khả năng liên tục để đạt được, duy trì hoặc khôi phục tư thế thẳng đứng chống lại trọng lực, để ổn định trong các hoạt động hoặc thay đổi tư thế cơ thể.
- Có thể được quan sát và ghi lại trong khi bệnh nhân ngồi, đứng và trong các hoạt động tự chăm sóc bản thân.



## 2a. Lượng giá khả năng điều chỉnh tư thế

Bộ phận cơ thể	Tư thế ngồi bình thường sẵn sàng để hoạt động	Tư thế ngồi bất thường điển hình của đột quy
▪ Đầu, cổ	✓ Trung tính	✓ Đẩy về trước ✓ Gập về phía bên yếu. ✓ Xoay đi từ phía bên yếu.
▪ Hai vai	✓ Chiều cao đối xứng ✓ Thẳng hàng với xương chấu	✓ Chiều cao không cân bằng ✓ Vai vươn ra sau





## 2a. Lượng giá khả năng điều chỉnh tư thế

Bộ phận cơ thể	Tư thế ngồi bình thường sẵn sàng để hoạt động	Tư thế ngồi bất thường điển hình của đột quỵ
▪ Cột sống, thân người	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Thẳng từ góc nhìn sau</li><li>✓ Đường cong bên thích hợp</li><li>✓ Chiều dài cơ ngoài hai bên thân bằng nhau</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Cong từ góc nhìn sau</li><li>✓ Gù lưng</li><li>✓ Cơ một bên thân ngắn lại</li><li>✓ Phía thân đối diện giãn dài ra</li></ul>







## 2a. Lượng giá khả năng điều chỉnh tư thế

Bộ phận cơ thể	Tư thế ngồi bình thường sẵn sàng để hoạt động	Tư thế ngồi bất thường điển hình của đột quy
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hai tay</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Không quen với việc duy trì tư thế đứng thẳng tĩnh</li> <li>✓ Thả lỏng</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sử dụng tay mạnh hơn để duy trì tư thế thẳng</li> <li>✓ Tăng hoặc giảm trương lực cơ ở cánh tay tham gia vận động</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Xương chậu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Chịu trọng lượng đối xứng ở cả hai bên ụ ngồi</li> <li>✓ Xương chậu ở vị trí trung tính đến hơi nghiêng trước</li> <li>✓ Xoay sang tư thế trung tính</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Chịu trọng lượng không đối xứng</li> <li>✓ Xương chậu nghiêng sau</li> <li>✓ Một khớp háng ngã góc trước</li> </ul>





## 2a. Assessment of postural adaptation

Body Part	Tư thế ngồi bình thường sẵn sàng để hoạt động	Tư thế ngồi bất thường điển hình của đột quỵ
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hai chân</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Khớp háng gập 90°</li> <li>✓ Đầu gối thẳng hàng với hông; hông khớp bình thường</li> <li>✓ hoặc dang ra và xoay trong hoặc ngoài</li> <li>✓ Bàn chân dưới đầu gối</li> <li>✓ Bàn chân phẳng trên sàn, có thể chịu được trọng lượng</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Khớp háng mở rộng hơn</li> <li>✓ Hông khép nên đầu gối chạm lại với nhau hoặc phần hông bị ảnh hưởng</li> <li>✓ Xoay ra ngoài nên hai đầu gối cách xa nhau</li> <li>✓ Bàn chân ở phía trước đầu gối</li> <li>✓ Bàn chân không phẳng trên sàn, không thể chịu được trọng lượng</li> </ul>



## 2b. Lượng giá trương lực cơ

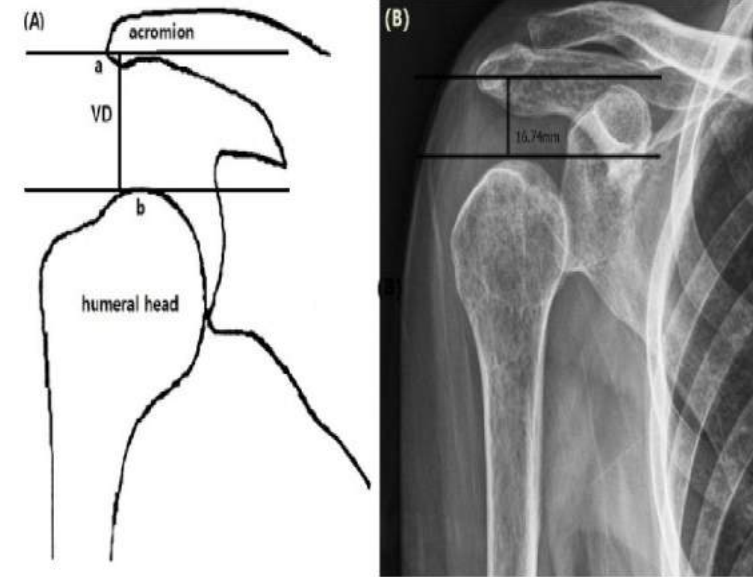
▪ *Thang đo Ashworth đã điều chỉnh:*

Mức độ	Mô tả
0	Không tăng trương lực cơ
1	Trương lực cơ tăng nhẹ, do khựng lại hoặc buông ra hoặc có kháng lực ít cuối ROM, khi phần bị ảnh hưởng cử động gập hay duỗi
1+	Trương lực cơ tăng nhẹ, do khựng lại và theo sau đó là kháng lực ít ở phần tầm vận động còn lại (ít hơn một nửa)
2	Trương lực cơ tăng rõ rệt hơn qua hầu hết ROM, nhưng phần bị ảnh hưởng vẫn dễ dàng vận động
3	Trương lực cơ tăng đáng kể, vận động thụ động khó khăn
4	Phần bị ảnh hưởng bị cứng đờ khi gập hoặc duỗi



## 2c. Lượng giá bán trật khớp vai

- ✓ Tình trạng bán trật khớp vai có thể được xác định được qua thăm khám:
- ✓ Bệnh nhân ngồi với cánh tay thả lỏng tự do và thân người ổn định trong khi cán bộ y tế thăm khám dưới mỏm cùng để xem có di lệch giữa mỏm cùng và đầu xương cánh tay hay không.
- ✓ Khoảng di lệch giữa hai điểm này được đo bằng chiều rộng ngón tay, nghĩa là số ngón tay có thể chèn vào giữa khoảng cách này.



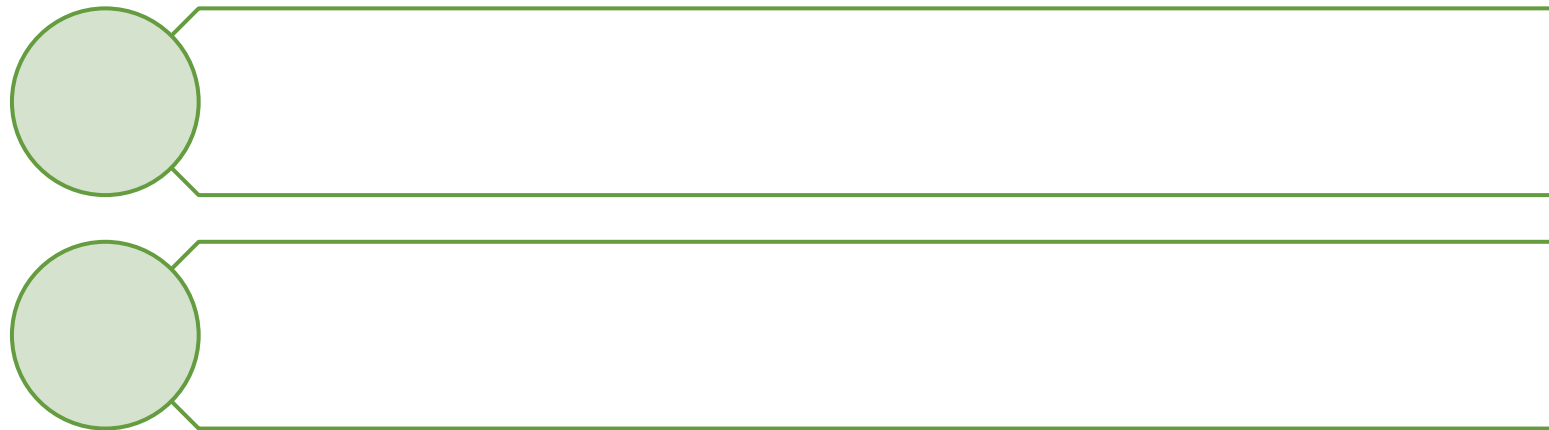
## 2d. Lượng giá tầm vận động khớp (ROM)

- ✓ Đánh giá các hạn chế vận động thụ động ở khớp và mô mềm *(do sự bất động kéo dài của khớp kéo dài vì yếu cơ hoặc co cứng, dẫn đến tình trạng co rút)*
- ✓ Phép đo góc thường KHÔNG được chỉ định.
- ✓ **Việc so sánh giữa cánh tay tham gia và tay không tham gia sẽ có ích hơn cho việc lượng giá vận động của khớp.**



## 2e. Lượng giá vận động tự chủ của chi trên

- Xác định số lượng và chất lượng của vận động tự chủ mà bệnh nhân có thể tạo ra là một trong những bước quan trọng để đánh giá tiềm năng vận động.
- Để đánh giá khả năng vận động tự chủ, nhà trị liệu cần phải có sự hiểu biết thấu đáo về -



Two empty green rounded rectangular boxes, one above the other, intended for notes or answers.



## i. Khả năng đồng vận chi cơ bản (Chi trên)

Đồng vận gập của chi trên	
▪ Xương bả vai	✓ Khép sau và/ nâng lên
▪ Vai	✓ Dạng và xoay ra ngoài
▪ Khuỷu tay	✓ Gập
▪ Cánh tay	✓ Lật ngửa
▪ Cổ tay	✓ Gập
▪ Ngón tay	✓ Gập
▪ Chiếm ưu thế	✓ Gập khuỷu tay
▪ Xoay yếu nhất	✓ Vai dạng và xoay ra ngoài.

Đồng vận duỗi của chi trên	
▪ Xương bả vai	✓ Khép trước và/ hạ xuống
▪ Vai	✓ Khép và xoay vào trong
▪ Khuỷu tay	✓ Duỗi
▪ Cánh tay	✓ Lật úp
▪ Cổ tay	✓ Duỗi hoặc gập
▪ Ngón tay	✓ Duỗi hoặc gập
▪ Chiếm ưu thế	✓ Vai khép và xoay trong
▪ Xoay yếu nhất	✓ Duỗi khuỷu tay





## i. Khả năng đồng vận chi cơ bản (Chi trên)



Đồng vận gập



Tư thế tĩnh “điển hình”



Đồng vận duỗi

*Lưu ý: Đồng vận gập thường chiếm ưu thế ở chi trên sau đột quỵ*



## i. Khả năng đồng vận chi cơ bản (Chi dưới)

### Đồng vận gập chi dưới

Đồng vận gập chi dưới	
▪ Hông	✓ Gập, dạng và xoay ra ngoài.
▪ Đầu gối	✓ Gập.
▪ Cổ chân	✓ Gập và lật bàn
▪ Ngón chân	✓ Duỗi
▪ Chiếm ưu thế	✓ Gập khớp háng
▪ Yếu nhất	✓ Khớp háng dạng và xoay ra ngoài.

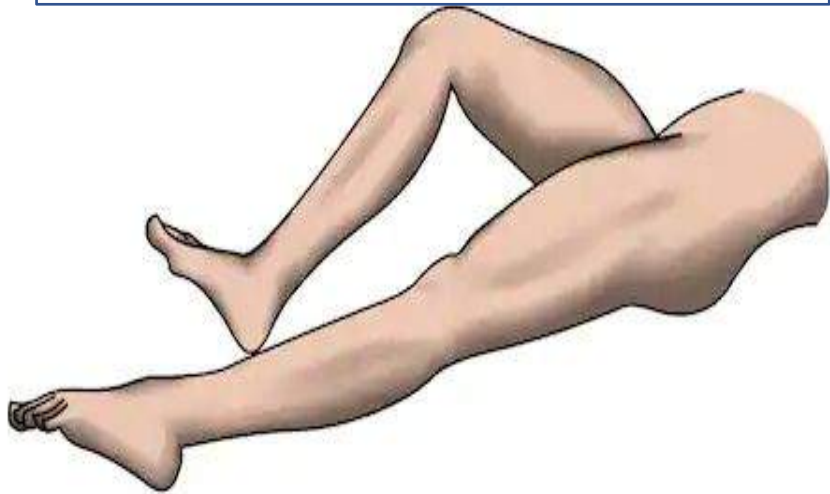
### Đồng vận duỗi chi dưới

Đồng vận duỗi chi dưới	
▪ Hông	✓ Duỗi, khép và xoay vào trong.
▪ Đầu gối	✓ Duỗi.
▪ Cổ chân	✓ Duỗi và lật bàn.
▪ Ngón chân	✓ Gập.
▪ Chiếm ưu thế	✓ Khớp háng khép, đầu gối duỗi, khớp cổ chân duỗi.
▪ Yếu nhất	✓ Khớp háng duỗi và xoay trong.

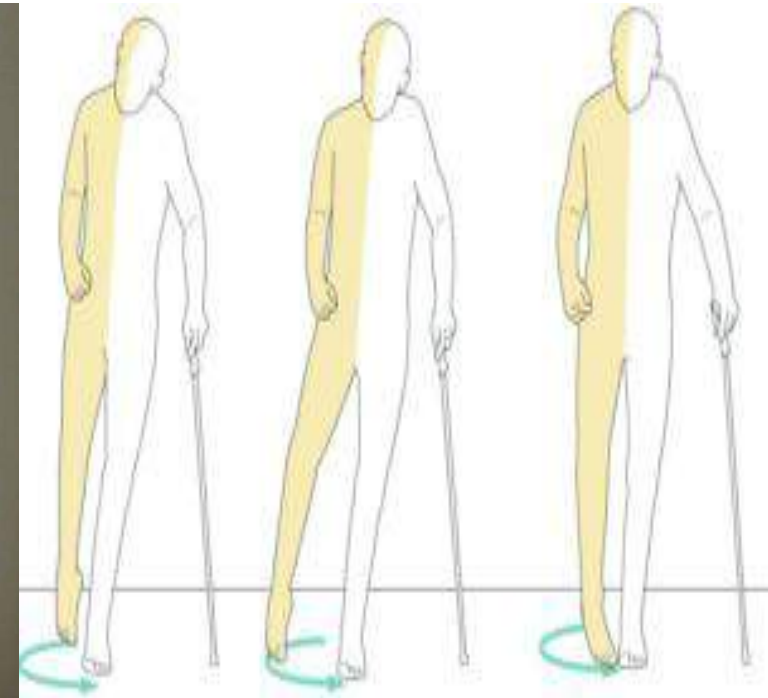


## i. Khả năng đồng vận chi cơ bản (Chi dưới)

Co cứng chân trái sau đột quỵ



shutterstock.com • 1363646903



***Lưu ý: Đồng vận duỗi thường chiếm ưu thế ở chi dưới sau đột quỵ***



## ii. Các giai đoạn hồi phục cho vận động tự chủ của chi trên (CÁNH TAY)

Giai đoạn	Các giai đoạn hồi phục cho chi trên (CÁNH TAY)
<b>I</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tình trạng mềm nhũn: không có vận động tự chủ, trương lực cơ hay phản ứng phản xạ.</li></ul>
<b>II</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Đồng vận có thể được kích ứng theo phản xạ; gập trước duỗi. Tình trạng co cứng đang phát triển.</li></ul>
<b>III</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bắt đầu vận động tự chủ nhưng chỉ trong đồng vận; tình trạng co cứng có thể có ý nghĩa.</li></ul>



## ii. Các giai đoạn hồi phục cho vận động tự chủ của chi trên (CÁNH TAY)

Giai đoạn	Các giai đoạn hồi phục cho chi trên (CÁNH TAY)
IV	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tình trạng co cứng bắt đầu giảm.</li><li>▪ Một số vận động vượt ra ngoài khỏi đồng vận:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Đưa tay ra sau lưng.</li><li>b. Tay đưa ngang ra phía trước.</li><li>c. Úp hoặc ngửa tay với khuỷu tay gập 90 độ.</li></ol></li></ul>
V	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tăng kiểm soát đối với những vận động tự chủ riêng lẻ.</li><li>▪ Độc lập khỏi những đồng vận cơ bản:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Cánh tay sang vị trí nằm ngang.</li><li>b. Cánh tay về phía trước và trên đầu.</li><li>c. Úp hoặc ngửa tay với khuỷu tay duỗi hoàn toàn.</li></ol></li></ul>
VI	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Vận động khớp riêng lẻ với sự điều hợp gần như bình thường; tình trạng co cứng ở mức tối thiểu.</li></ul>



## ii. Các giai đoạn hồi phục cho vận động tự chủ của chi trên (BÀN TAY)

Giai đoạn	Các giai đoạn hồi phục cho chi trên (BÀN TAY)
<b>I</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tình trạng mềm nhũn</li></ul>
<b>II</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ngón tay ít hoặc không chủ động gập</li></ul>
<b>III</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nắm toàn bộ bàn tay hoặc nắm móc bàn tay; không tự chủ duỗi hoặc buông ngón tay</li></ul>
<b>IV</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Duỗi ngón tay bán tự chủ trong một tầm vận động nhỏ</li><li>▪ Nắm bàn tay trong tư thế kẹp ngón cái và ngón trỏ nhưng bị buông vì ngón tay cái di chuyển.</li></ul>



## ii. Các giai đoạn hồi phục cho vận động tự chủ của chi trên (BÀN TAY)

Giai đoạn	Các giai đoạn hồi phục cho chi trên (BÀN TAY)
V	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tư thế nắm bằng ngón cái và ngón trỏ:</li><li>✓ Tư thế nắm ống trong lòng bàn tay và nắm quả cầu trong lòng bàn tay (vụng về)</li><li>✓ Duỗi ngón tay toàn bộ một cách tự chủ (các tầm vận động khác nhau)</li></ul>
VI	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tất cả các loại nắm bàn tay (kỹ năng được cải thiện)</li><li>✓ Duỗi ngón tay tự chủ (hết tầm vận động)</li><li>✓ vận động từng ngón tay</li></ul>



## 2e. Lượng giá vận động chủ động của chi trên

### Các yếu tố cần cân nhắc:

1. Bệnh nhân có thể thực hiện vận động phản xạ và không tự chủ không?
2. Các đoạn gần (cổ, thân, vai, khớp háng) có ổn định để hỗ trợ vững chắc khi cần thiết để vận động các chi đoạn xa hay là chúng thay thế cho vận động xa?
3. Có thể thực hiện vận động tự chủ mà không cần hỗ trợ, chống lại trọng lực hay là chỉ có thể thực hiện với sự hỗ trợ dưới hình thức đưa vào tự thế, hỗ trợ, tạo thuận?
4. vận động chủ động có thể được thực hiện theo kiểu tách rời nhau hay chỉ theo kiểu đồng vận?
5. vận động đối ứng có thể được thực hiện với tốc độ bình thường và chính xác?

*Lưu ý: Khó khăn lớn về vận động – khả năng thực hiện cùng với khả năng tách rời và kiểm soát các cử động cơ đơn lẻ và kết hợp theo kiểu phù hợp với hoạt động.*





## 2f. Đánh giá sức cơ và sức bền

- Đánh giá sức cơ: Kiểm tra cơ thủ công
- Sức bền: Sức chịu đựng hoạt động (các mức độ MET)
- Điều quan trọng cần lưu ý là có thể có tình trạng yếu ở các chi và thân không bị liệt sau tai biến mạch não
- Giảm sức bền (do phải gắng sức để di chuyển các chi yếu hoặc bệnh lý tim / hô hấp đi kèm) có thể ảnh hưởng đến khả năng của bệnh nhân khi tham gia phục hồi chức năng và hoạt động.



### 3. Đánh giá lời nói và ngôn ngữ

- Cần phối hợp với một nhà âm ngữ trị liệu
- **Mất ngôn ngữ:**
  - ✓ Mất ngôn ngữ vùng Wernicke's/ Mất ngôn ngữ tiếp nhận/ Mất ngôn ngữ dạng lưu loát
  - ✓ Mất ngôn ngữ vùng Broca's/ Mất ngôn ngữ diễn đạt/ Mất ngôn ngữ dạng không lưu loát
  - ✓ Mất ngôn ngữ toàn bộ
- **Rối loạn vận ngôn:**
  - ✓ Tình trạng tê liệt, yếu hoặc bộ cơ phát âm không phối hợp được với nhau □ cấu âm, phát âm, chất lượng giọng nói kém



## 4. Đánh giá những khiếm khuyết về nhận thức

- Thực hiện các bài kiểm tra lâm sàng để đánh giá các quá trình nhận thức cơ bản và cấp cao.

Các quá trình nhận thức cơ bản	Các quá trình nhận thức cấp cao
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tập trung chú ý</li><li>▪ Định hướng</li><li>▪ Trí nhớ</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Lên kế hoạch và tổ chức.</li><li>▪ Trình tự</li><li>▪ Phân loại</li><li>▪ Giải quyết vấn đề</li><li>▪ Thấu hiểu</li></ul>

*Lưu ý: Tham khảo chương Đánh giá Nhận thức và Nhận cảm HK I về những bài kiểm tra lâm sàng.*



## 5. Đánh giá những khiếm khuyết về nhận cảm

- Thực hiện những bài kiểm tra âm sàng để đánh giá những khiếm khuyết về nhận cảm sau

Nhận cảm thị giác	Nhận cảm thị giác – không gian	Nhận cảm xúc giác	Nhận cảm về giản đồ cơ thể	Nhận cảm về vận động
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nhận biết đồ vật bằng thị giác</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Phân biệt vật – nền</li><li>▪ Vị trí trong không gian</li><li>▪ Phân biệt trái phải</li><li>▪ Nhận cảm chiều sâu</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nhận biết đồ vật bằng xúc giác</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Hội chứng lãng quên nửa người</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Hoạt động theo chuỗi</li></ul>

*Lưu ý: Tham khảo chương Đánh giá Nhận thức và Nhận cảm HK I về những bài kiểm tra lâm sàng.*



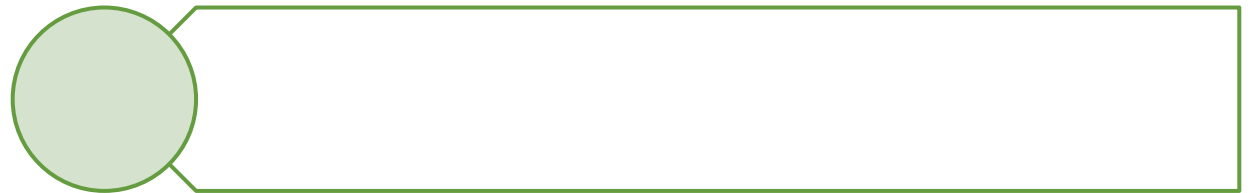
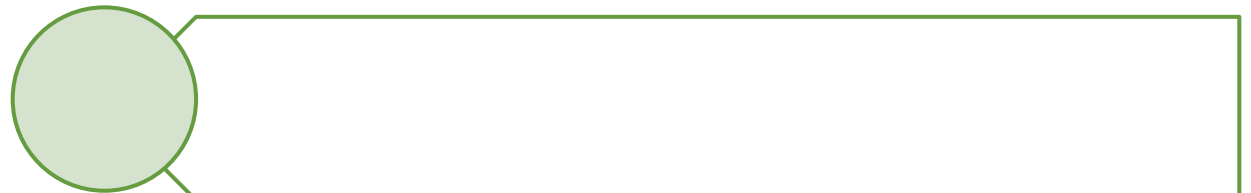

## 6. Đánh giá các khía cạnh tâm lý xã hội

- Điều chỉnh theo tình trạng khuyết tật là một khía cạnh quan trọng.
- Các vấn đề thường gặp: *sự chối bỏ, giận dữ, lo âu, trầm cảm*
- Thường xảy ra tình trạng tâm lý không ổn định
- Phản ứng cảm xúc + suy giảm nhận thức + vấn đề ngôn ngữ □ kết quả hành vi (tương tác cá nhân bị suy giảm, giảm sự tham gia xã hội, sự cô lập)
- Phỏng vấn và quan sát là phương pháp để đánh giá



# XI. Mục tiêu của can thiệp hoạt động trị liệu

- Mục tiêu chung của can thiệp OT sau đột quỵ là:



## XII. Can thiệp

A. Giai đoạn cấp tính

B. Giai đoạn phục hồi chức năng

C. Chuyển về cộng đồng



# A. Can thiệp cho giai đoạn cấp tính

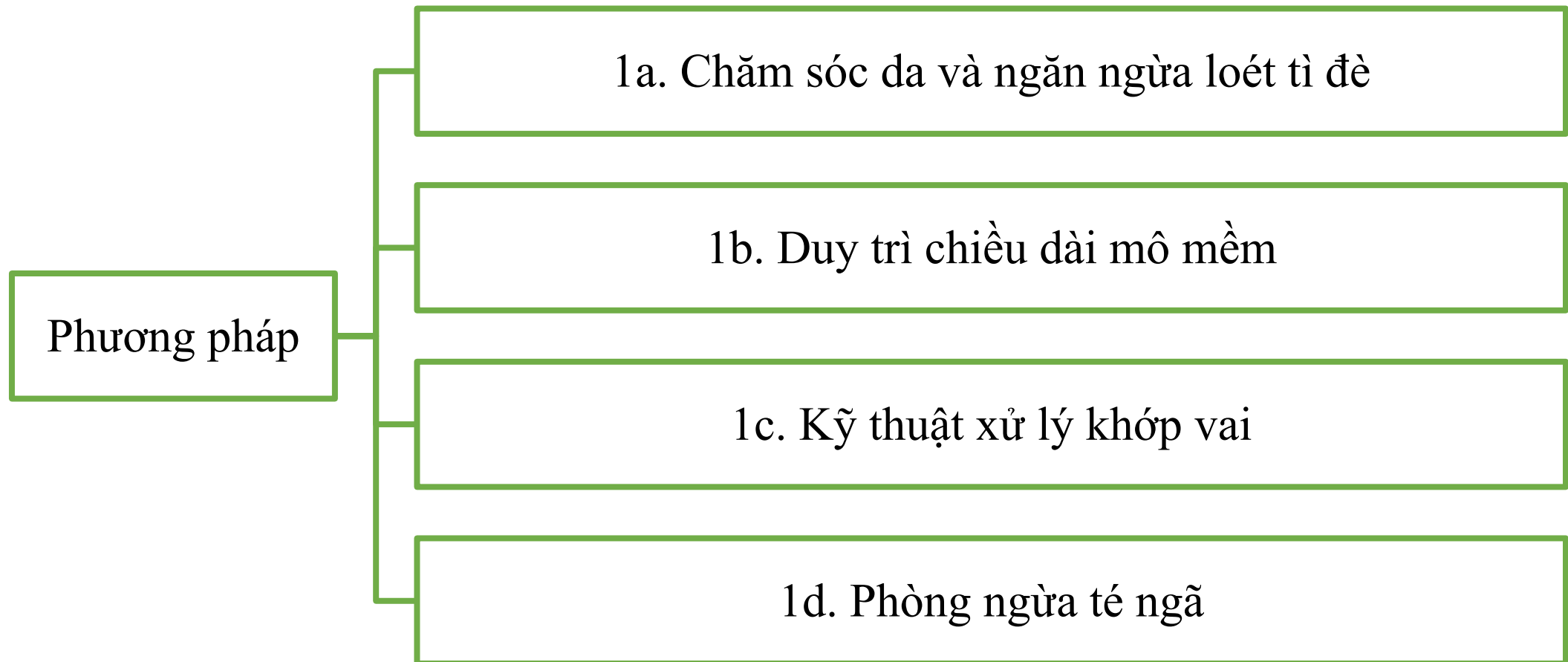
Can thiệp
1. Giảm nguy cơ biến chứng thứ phát: 1a. Chăm sóc da và ngăn ngừa loét tì đè. 1b. Duy trì chiều dài mô mềm. 1c Kỹ thuật xử lý khớp vai. 1d. Phòng ngừa té ngã.
2. Vận động sớm và quay lại với việc tự chăm sóc
3. Giáo dục bệnh nhân và gia đình





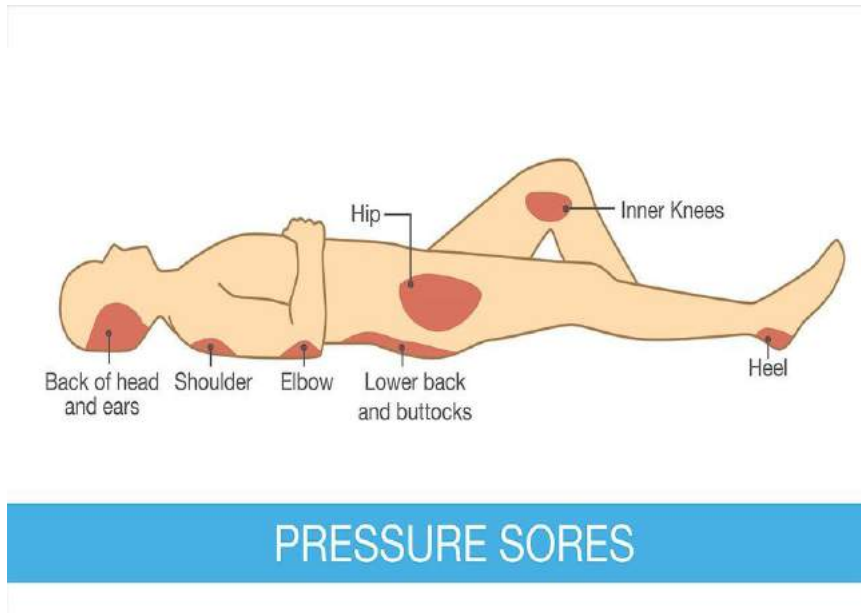
# 1. Giảm nguy cơ biến chứng thứ phát:

- Là một phần của nhóm chăm sóc đột quy, nhà hoạt động trị liệu nên thực hiện các phương pháp để ngăn ngừa hoặc giảm bớt các biến chứng sau đột quy.



# 1a. Chăm sóc da và ngăn ngừa loét tì đè

- Bệnh nhân đột quỵ có nguy cơ cao phát sinh loét tì đè.



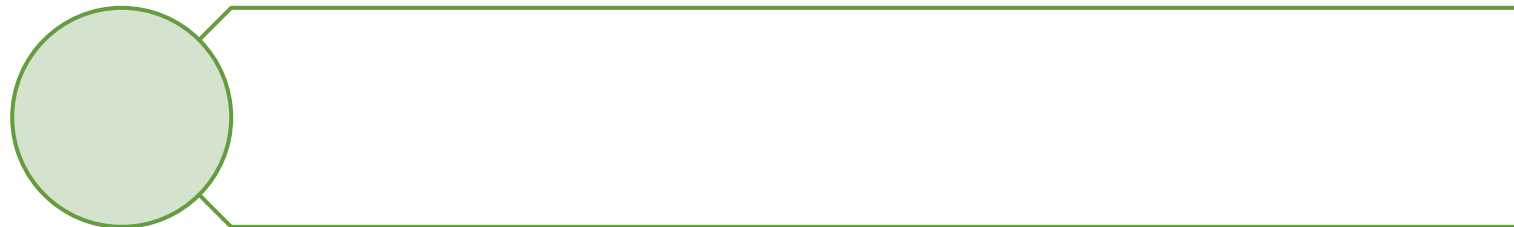
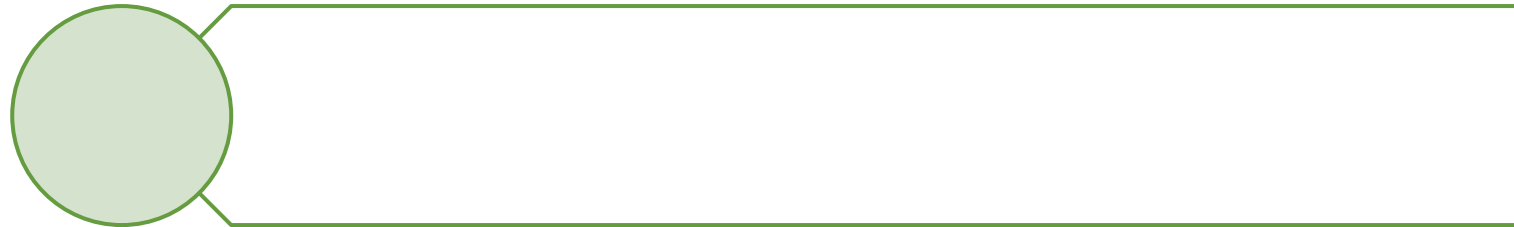
## Các khuyến nghị cho việc chăm sóc da

1. Khuyến nghị sử dụng giường và kỹ thuật ngồi thích hợp
2. Sử dụng các kỹ thuật chuyển di chuyển và vận động thích hợp
3. Hỗ trợ lựa chọn và thích ứng với xe lăn
4. Hướng dẫn bệnh nhân và người chăm sóc về các khuyến cáo để tránh gây ra tổn thương cho da không mất xúc giác
5. Theo dõi các dấu hiệu tì đè hoặc rách da bệnh nhân (bầm tím, đỏ, phỏng, loét)



## 1b. Duy trì chiều dài mô mềm

- Sự bất động sau đột quy có thể gây ngắn da, gân, dây chằng hoặc cơ.
- Những quản lý phù hợp bao gồm:



## i. Điều chỉnh tư thế

### Nằm ngửa

1. Đầu và cổ gập nhẹ (0 – 30 độ trừ khi chống chỉ định)
2. Thân thẳng và thẳng trục
3. Đặt 1– 2 chiếc gối để đỡ cả vai và đầu
4. Đặt cánh tay bị liệt trên gối
5. Đặt một cuộn khăn nhỏ dưới đùi, ngay bên trên khớp gối để khớp gối hơi gập
6. Đảm bảo bàn chân ở tư thế trung gian



## i. Điều chỉnh tư thế

### Nằm nghiêng bên phía không bị bệnh

1. Đầu và cổ ở tư thế trung gian và đối xứng (1 – 2 chiếc gối để đỡ đầu) với thân thẳng trục
2. Đưa vai bị liệt lên phía trước, xương bả vai dạng trước với cánh tay được hỗ trợ bằng gối
3. Đặt gối ở sau lưng
4. Cả hai chân gập ở khớp hông và khớp gối với một chiếc gối ở giữa

### Nằm nghiêng bên phía không bị ảnh hưởng



## i. Điều chỉnh tư thế

### Nằm nghiêng bên phía bị liệt

*Lưu ý: Chỉ sử dụng tư thế này khi nó không ảnh hưởng đến hô hấp của bệnh nhân*

1. Đầu và cổ ở vị trí trung lập và đối xứng (1 – 2 chiếc gối để đỡ đầu) với thân thẳng hàng.
2. Tay bị liệt lên phía trước từ phần khớp vai, khuỷu tay duỗi và được hỗ trợ bởi việc ngửa lòng bàn tay (cẳng tay ngửa, cổ tay trong tư thế trung tính và bàn tay mở)
3. Cánh tay lành được hỗ trợ bằng gối
4. Đặt gối ở sau lưng
5. Cả hai chân đều gập ở hông và đầu gối với một chiếc gối chèn ở giữa

### Nằm nghiêng bên phía bị ảnh hưởng



## i. Điều chỉnh tư thế

### Ngồi ở trên giường

1. Ngồi thẳng và được hỗ trợ tốt bởi gối, với trọng lượng phân bố đều trên hai mông
2. Thân nằm giữa đường trục
3. Đặt gối dưới cánh tay bị liệt
4. Chân thẳng và không bị xoay ngoài

### Ngồi ở trên giường



## i. Điều chỉnh tư thế

### Ngồi trên ghế hoặc xe lăn

1. Ngồi vững với lưng ở giữa ghế hoặc xe lăn.
2. Đặt cánh tay hướng về phía trước.
3. Cánh tay bị liệt nên tựa trên bàn hoặc tấm tựa tay
4. Bàn chân phẳng trên sàn nhà hoặc trên tấm tì chân
5. Đầu gối thẳng trên bàn chân

### Ngồi trên xe lăn





## ii. Vận động mô mềm và khớp

- Vận động mô mềm và khớp một cách có kiểm soát và thường xuyên là phương pháp ưa thích để ngăn ngừa co rút.
- Khi một bệnh nhân không thể sử dụng bên thân liệt để tham gia vào các hoạt động có ý nghĩa, các nhà trị liệu nên bắt đầu các **hoạt động vận động chủ động hoặc chủ động có hỗ trợ**.



## ii. Vận động mô mềm và khớp

- Khi không thể vận động chủ động, các nhà trị liệu cần phải thấy được các bộ phận cơ thể bất động phải di chuyển qua tầm vận động thụ động (PROM) ít nhất một hoặc hai lần mỗi ngày.
- *Thông điệp an toàn: Không cố gắng thực hiện các tầm vận động qua đầu trừ khi xương bả vai có thể trượt tự do theo hướng xoay lên.*



## 1c. Xử lý đúng cách đối với chi trên bị liệt

### Các điểm quan trọng cần cân nhắc

- ✓ Dạy cho bệnh nhân chịu trách nhiệm với việc điều chỉnh vị trí cánh tay
- ✓ Tránh đẩy hoặc kéo cánh tay bị bệnh khi hỗ trợ bệnh nhân vận động
- ✓ Việc dạng hay gập vai trên 90 độ được thực hiện bằng việc xương bả vai xoay lên và khớp vai xoay ra ngoài
- ✓ Tránh các bài tập kéo ròn rọc quan đầu
- ✓ Sử dụng dây đeo vai hoặc các phương pháp và thiết bị điều chỉnh vị trí thay thế để hỗ trợ vai (tấm lót đùi xe lăn, sử dụng bàn khi ngồi hoặc đứng)



## 1d. Phòng chống té ngã

- Té ngã là nguyên nhân phổ biến nhất của chấn thương ở bệnh nhân đột quỵ.

Những phương án điều trị giúp ngăn ngừa té ngã bao gồm:



## 2. Vận động sớm và quay lại với việc tự chăm sóc bản thân

- Bệnh nhân bị đột quỵ cấp nên được vận động sớm và khuyến khích thực hiện việc tự chăm sóc bản thân sau khi nhập viện nếu như **tình trạng y khoa cho phép**.
- Giới thiệu sớm các hoạt động sinh hoạt hằng ngày như lăn trên giường, ngồi trên mép giường, chuyển sang xe lăn, mặc quần áo.



## 2. Vận động sớm và quay lại với việc tự chăm sóc bản thân

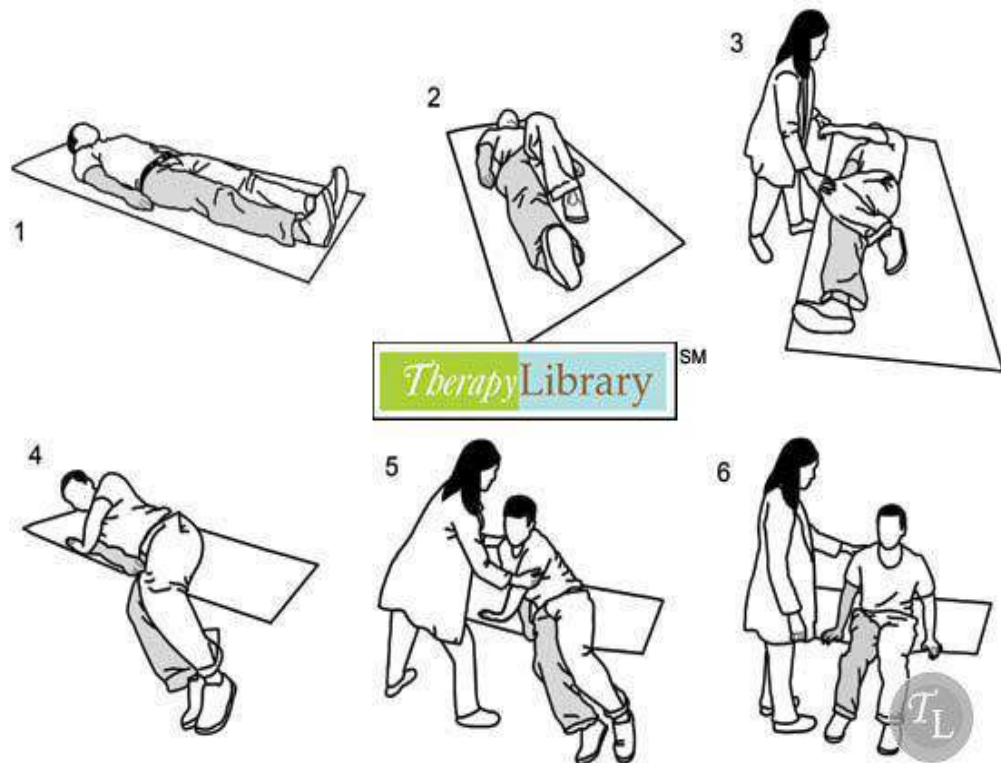
Lăn qua bên lành	Lăn qua bên yếu
1. Quay đầu về phía bên lành	1. Nâng và quay đầu về phía bên yếu
2. Nắm hai bàn tay trước mặt bạn hoặc đưa cánh tay yếu của bạn ngang qua cơ thể - không nâng cánh tay của bạn lên trên 90 độ (ngang vai)	2. Nắm hai bàn tay trước mặt bạn
3. Gập chân yếu để bàn chân phẳng trên giường hoặc gập cả hai chân lên	3. Gập chân mạnh và giữ bàn chân phẳng trên giường
4. Đẩy xuống qua bàn chân yếu của bạn	4. Đẩy bằng chân của bạn
5. Lăn qua	5. Trở hông và vai về phía bên yếu




## 2. Vận động sớm và quay lại với việc tự chăm sóc bản thân

### Chuyển qua tư thế ngồi

1. Lăn qua bên yếu. Giữ tay và chân yếu về phía trước
2. Cẩn thận đưa cả hai chân qua bên giường
3. Đẩy người lên bằng tay mạnh
4. Hãy sử dụng tay yếu để giúp nếu như có thể
5. Chân mạnh có thể giúp chân yếu nếu cần, bằng cách nâng tại khớp cổ chân



## 2. vận động sớm và quay lại với việc tự chăm sóc bản thân

Đứng lên	Ngồi xuống
1. Bàn chân được đặt 10 cm sau đầu gối. Để chịu lực trên chân yếu, bàn chân của chân mạnh được đặt trước chân kia.	1. Đặt chân trở lại gần ghế – bàn chân của chân yếu hơn lùi ra sau chân kia <b>để chịu lực</b>
2. Chiều cao ghế được điều chỉnh để phù hợp với sức mạnh chi dưới, sử dụng ghế phẳng có hoặc không có tựa tay (dựa trên sức chịu đựng của bệnh nhân)	2. Hông, đầu gối, cổ chân gấp để hạ thấp toàn bộ cơ thể xuống ghế
3. Bắt đầu di chuyển từ tư thế thân thẳng đứng	3. Nếu cần thiết, hỗ trợ giai đoạn hạ thấp cuối cùng bằng cách ổn định đầu gối khi người đó di chuyển hông trở lại chỗ ngồi
4. Cúi người về phía trước, đẩy xuống qua bàn chân và đứng lên.	



## 2. Vận động sớm và quay lại với việc tự chăm sóc bản thân

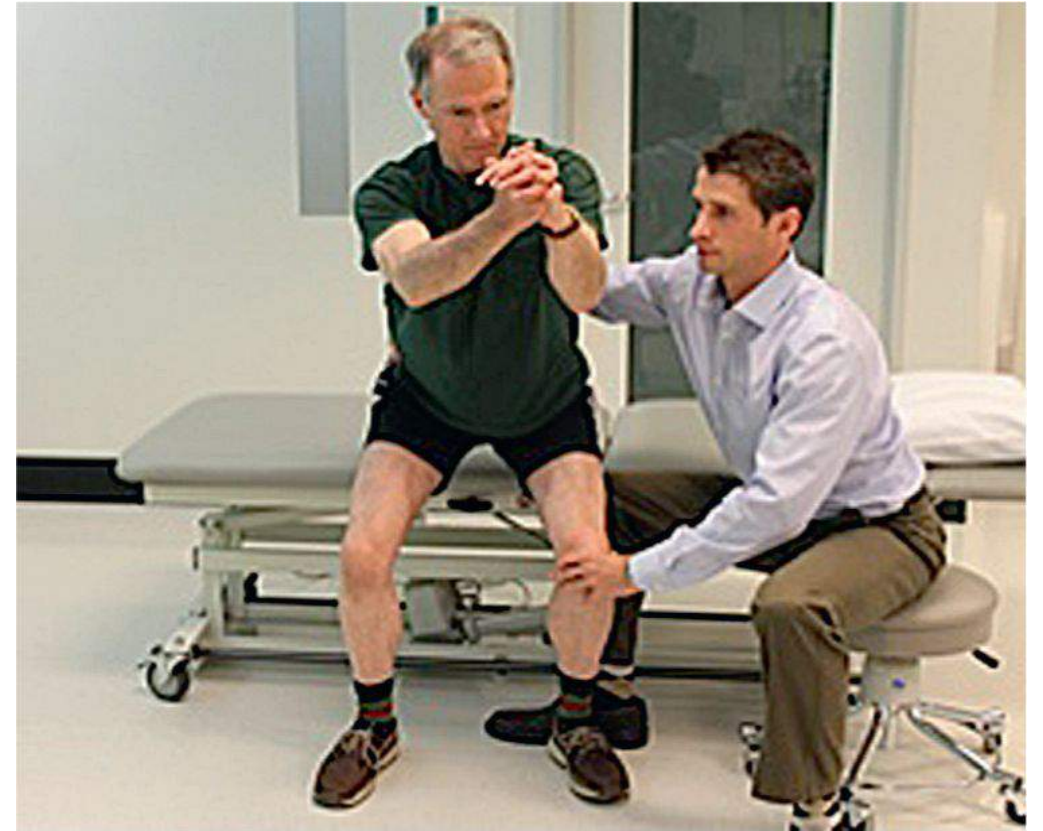
### Kỹ thuật cung cấp hỗ trợ trong đổi tư thế từ ngồi – sang – đứng

1. Bệnh nhân đặt bàn tay lạnh lên vai các nhà trị liệu để được hỗ trợ.
2. Nhà trị liệu đỡ đầu gối trái yếu của bệnh nhân bằng cách chống gối của cô ấy lên gối của bệnh nhân.
3. Bệnh nhân cúi người về phía trước để chuyển tâm của trọng lượng cô thể về phía trước.
4. Bệnh nhân sử dụng sức mạnh của bên lành, với sự hỗ trợ của nhà trị liệu, để đứng lên.

***Lưu ý: Giảm mức độ hỗ trợ khi bệnh nhân cải thiện.***



## 2. Vận động sớm và quay lại với việc tự chăm sóc bản thân



## 2. Dịch chuyển sớm và quay lại với việc tự chăm sóc bản thân

**Huấn luyện dịch chuyển: từ giường sang ghế/xe lăn (chuyển trực đứng)**

1. Giúp bệnh nhân di chuyển đến mép giường và đặt chân phẳng trên sàn. Gót chân của bệnh nhân phải được hướng về phía bề mặt mà bệnh nhân sẽ dịch chuyển tới.
2. Đứng về phía bên bị ảnh hưởng của bệnh nhân và đặt hai tay quanh eo của người đó.
3. Cố định chân và đầu gối của bệnh nhân bằng chân và đầu gối của chính bạn.
4. Hỗ trợ bằng cách hướng dẫn bệnh nhân chồm về phía trước khi mông được nâng lên từ bề mặt hiện tại và hướng tới bề mặt chuyển.
5. Khách hàng tiếp cận với bề mặt mà người đó đang dịch chuyển tới.
6. Hướng dẫn bệnh nhân tiến về phía bề mặt chuyển và nhẹ nhàng giúp người đó đến vị trí ngồi.



# Đứng và chuyển trực



## 2. Vận động sớm và quay lại với việc tự chăm sóc bản thân

Mặc đồ cho phần thân trên



Cởi đồ cho phần thân trên

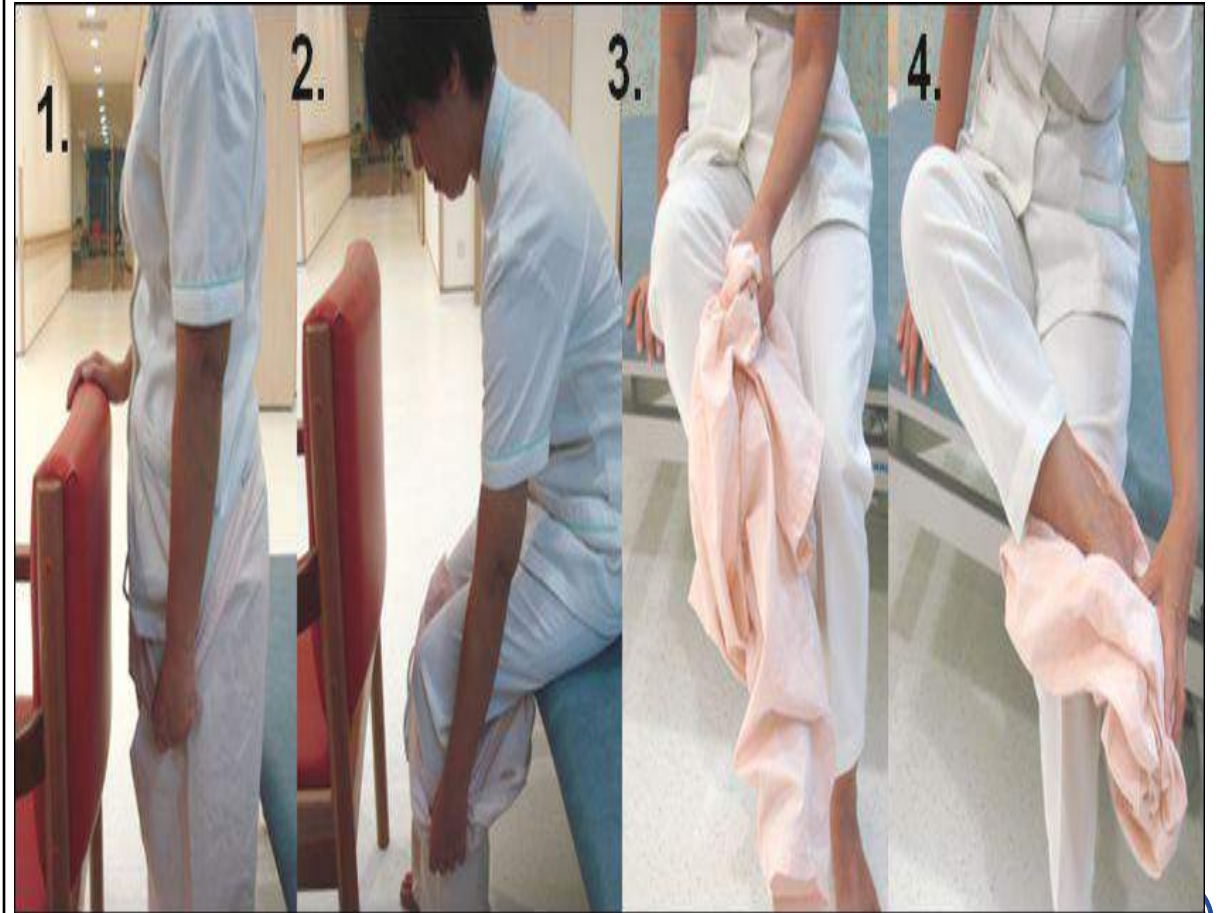


## 2. Vận động sớm và quay lại với việc tự chăm sóc bản thân

### Mặc đồ cho phần thân dưới



### Cởi đồ cho phần thân dưới



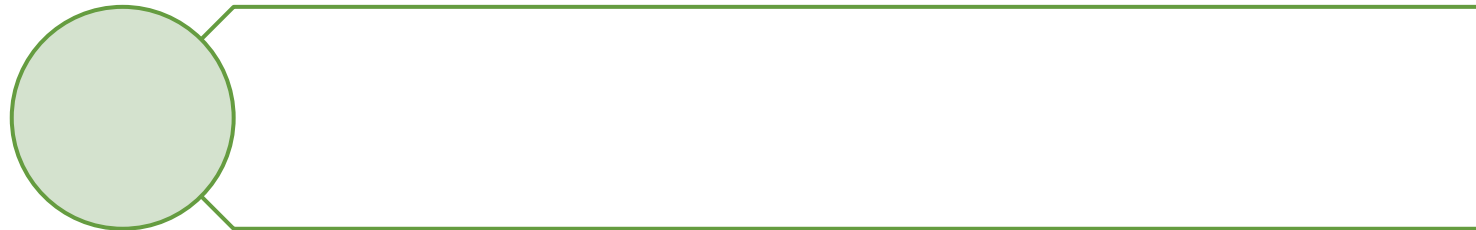
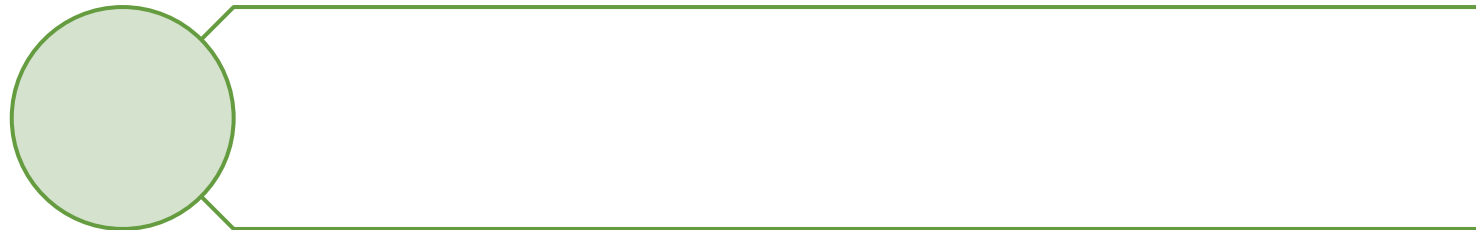
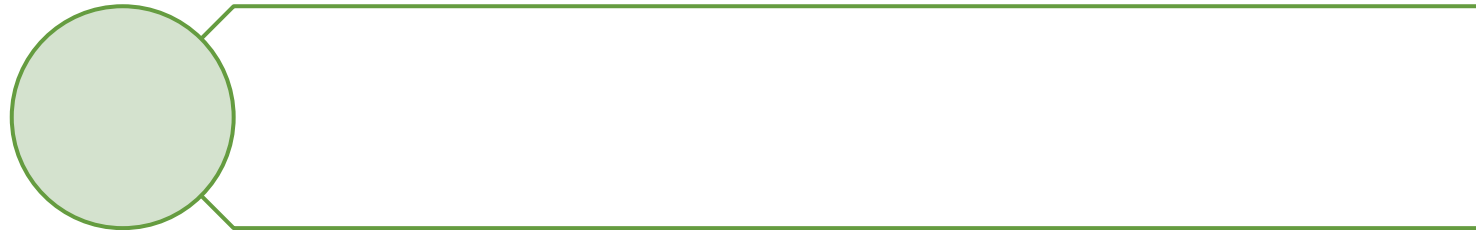
### 3. Giáo dục bệnh nhân và gia đình.

- Giáo dục để thúc đẩy những hiểu biết thực tế về hệ quả của đột quy.
- Mục đích và phương pháp của các liệu pháp điều trị khác nhau.
- Các buổi giáo dục được cung cấp trong giai đoạn cấp tính nên ngắn gọn, đơn giản. Và củng cố khi cần thiết với sự lặp lại và sử dụng những phương pháp hỗ trợ học tập thích hợp.



### 3. Giáo dục bệnh nhân và gia đình.

- Tất cả các khía cạnh của đánh giá và điều trị hoạt động trị liệu cho người bệnh sau đột quỵ nên được coi là cơ hội cho giáo dục:





## B. Giai đoạn phục hồi chức năng

Can thiệp
1. Thích ứng tư thế
2. Khiếm khuyết về cảm giác xúc giác
3. Khiếm khuyết về thị giác
4. Khiếm khuyết về lời nói và ngôn ngữ
5. vận động tự chủ và chức năng của chi trên
5a. Liệu pháp vận động cường bức (CIMT)
6. Khiếm khuyết về nhận thức và nhận cảm
7. Điều chỉnh tâm lý xã hội



# 1. Thích ứng tư thế

## Kỹ thuật để tăng cường kiểm soát tư thế trong khi thực hiện hoạt động

- ✓ Dạy cho bệnh nhân vị trí an toàn, hiệu quả và có hiệu suất cao nhất để tham gia vào các hoạt động và chiến lược thích ứng với những thay đổi của tư thế cơ thể
- ✓ Cung cấp phản hồi để giúp bệnh nhân cảm thấy được sự khác biệt giữa tư thế thẳng trục và lệch trục (phản hồi bằng lời nói, phản hồi trực quan – sử dụng gương)
- ✓ Sử dụng các tư thế khác nhau và kết hợp các vận động chuyển tiếp vào các hoạt động
- ✓ Tăng độ khó của các hoạt động để tạo các vận động phần thân mình và dịch chuyển trọng tâm
- ✓ Sử dụng các hoạt động ở cả hai chi trên để cải thiện thăng bằng ngồi hoặc đứng mà không cần hỗ trợ của tay



## 2. Khiếm khuyết về cảm giác xúc giác

Chiến lược bù đắp	Chiến lược khắc phục
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Thay thế bằng các giác quan còn tốt (ví dụ: thị giác) đối với những người bị mất hoặc rối loạn chức năng</li><li>▪ Ví dụ: Thị giác có thể được sử dụng để tránh tiếp xúc với các vật sắc nhọn</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tiếp xúc với các kết cấu khác nhau (ví dụ: tấm xốp, vải thun vảy cá và khóa dán) trên các bề mặt chịu trọng lượng hoặc trên các bề mặt giữ của các dụng cụ thường được sử dụng như cốc, đĩa và bút</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Giáo dục về các biện pháp đảm bảo an toàn:</li><li>✓ Thường xuyên thay đổi vị trí</li><li>✓ Kiểm tra và chăm sóc da thường xuyên</li><li>✓ Tránh ma sát lặp đi lặp lại và quá mức giữa da và đồ vật</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tạo điều kiện sử dụng bàn tay bị ảnh hưởng trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày càng sớm và càng nhiều càng tốt</li></ul>



### 3. Khiếm khuyết về thị giác

Chiến lược bù đắp	Chiến lược khắc phục
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Điều chỉnh bối cảnh hoặc môi trường của hoạt động</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Thiết lập hoặc phục hồi kỹ năng thực hiện hoạt động của người bệnh.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Tập kỹ năng bù đắp</b> như quay đầu sang trái</li><li>▪ <b>Đơn giản hóa các nhu cầu hoạt động</b> như cho tất cả các vật dụng trang điểm vào một hộp tủ</li><li>▪ <b>Đơn giản hóa chuỗi hoạt động</b>: cài đặt tính năng quay số nhanh trên điện thoại</li><li>▪ <b>Điều chỉnh môi trường</b> để loại bỏ cạm và chướng ngại vật</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cải thiện khả năng thị giác của bệnh nhân bằng cách sử dụng các hoạt động chức năng để tăng tốc độ và độ chính xác của khả năng quan sát vùng khiếm khuyết của trường thị giác</li></ul>



## 4. Khiếm khuyết về lời nói và ngôn ngữ

- Phương thức giao tiếp là quan trọng.
- ✓ Tránh những tiếng ồn không cần thiết
- ✓ Đừng mong đợi họ nói chuyện khi đang tham gia vào một hoạt động vật lý
- ✓ Dành thời gian để họ đáp ứng, đừng bao giờ cho là họ không hiểu
- ✓ Nói chậm, rõ, sử dụng ngôn ngữ đơn giản, không sử dụng giọng điệu bẽ trên khi nói chuyện
- ✓ Nói to khi họ có khiếm khuyết về nghe
- ✓ Sử dụng minh họa, những gợi ý trực quan hoặc cử chỉ nếu cần



## 5. vận động chủ động và chức năng của chi trên

- Kết hợp giữa những hoạt động lấy khuyết tật làm trung tâm và lấy chức năng làm trung tâm.
- Phục hồi vận động ở chi trên bị liệt và phối hợp nó vào các hoạt động sinh hoạt hằng ngày.
- Tạo điều kiện sử dụng chi trên trong các hoạt động chức năng thông qua các chiến lược bù đắp hoặc khắc phục.



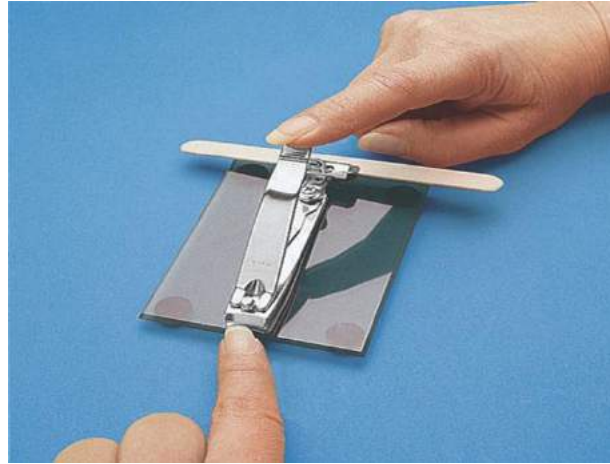
## 5. vận động chủ động và chức năng của chi trên

Chiến lược bù đắp	Chiến lược phục hồi
✓ Thực hành các hoạt động như điều chỉnh tư thế của cánh tay yếu để đảm bảo an toàn và hỗ trợ trong các hoạt động hai bên.	✓ Sử dụng các phương pháp chuẩn bị và các bài tập chuẩn bị để cải thiện chức năng chi trên.
✓ Kết hợp các kỹ thuật sử dụng một tay trong các hoạt động chăm sóc bản thân như mặc quần áo.	✓ Tạo điều kiện cho các hoạt động với và nắm lấy các đồ vật.
✓ Sử dụng các thiết bị và dụng cụ thích ứng.	



# 5. vận động tự chủ và chức năng của chi trên

## Chiến lược bù đắp



## Chiến lược khắc phục





## 5a. Liệu pháp vận động cường bức điều chỉnh (mCIMT)

- Kiểu can thiệp được phát triển để chống lại tác động của việc không sử dụng chi ở bệnh nhân sau đột quỵ có biểu hiện các tiêu chí vận động cụ thể
- Bằng chứng cho thấy CIMT có hiệu quả trong đột quỵ cấp (1 – 2 tuần tuần sau đột quỵ) và đột quỵ mạn (15 – 21 tháng sau đột quỵ). (Wolf và cộng sự, 2010)



## 5a. Liệu pháp vận động cường bức điều chỉnh (mCIMT)

- Để tham gia quy trình CIMT tiêu chuẩn, bệnh nhân phải đáp ứng các yêu cầu vận động tự chủ tối thiểu bao gồm khả năng bắt đầu –
  - ✓ Cổ tay duỗi  $20^\circ$  hoặc hơn.
  - ✓ Ngón tay duỗi  $10^\circ$  hoặc hơn.
- (mCIMT) kết hợp sự tham gia của tay bệnh trong các bài tập chức năng trong các buổi học có cấu trúc kéo dài 30 phút 3 lần/tuần với việc hạn chế tay lành 5 giờ mỗi ngày trong tuần.



## 5a. Phương pháp trị liệu bắt buộc vận động tay bị liệt đã điều chỉnh (mCIMT)

Giao thức	Trong buổi trị liệu	Tại nhà
<input type="checkbox"/> Mô tả	<input checked="" type="checkbox"/> Hạn chế chi ít bị suy yếu hơn bằng cách sử dụng găng tay.  <input checked="" type="checkbox"/> Thực hiện các bài tập lặp đi lặp lại.	<input checked="" type="checkbox"/> Hạn chế chi ít bị suy yếu hơn bằng cách sử dụng găng tay.  <input checked="" type="checkbox"/> Thực hiện các bài tập lặp đi lặp lại
<input type="checkbox"/> Tần suất	<input checked="" type="checkbox"/> 3 ngày mỗi tuần	<input checked="" type="checkbox"/> 5 ngày mỗi tuần ( <i>các ngày trong tuần từ thứ hai đến thứ sáu</i> )
<input type="checkbox"/> Thời lượng mỗi ngày	<input checked="" type="checkbox"/> Các buổi trị liệu có cấu trúc kéo dài trong 30 phút	<input checked="" type="checkbox"/> Hạn chế chi ít bị suy yếu hơn 5 tiếng mỗi ngày
<input type="checkbox"/> Tổng thời gian	<input checked="" type="checkbox"/> 10 tuần	<input checked="" type="checkbox"/> 10 tuần



## 6. Khiếm khuyết về nhận thức và nhận cảm

- Các can thiệp nhằm mục đích tham gia vai trò có hiệu quả hơn các can thiệp dựa trên tình trạng suy giảm.
- Giáo dục và đào tạo người chăm sóc về các phương pháp giao tiếp được khuyến nghị, cảnh báo an toàn, thích ứng và nhu cầu cố vấn.



# 7. Điều chỉnh tâm lý xã hội

- Khuyến khích bệnh nhân và gia đình nói chuyện và bày tỏ mối quan ngại của họ.
- Khuyến khích họ tập trung vào các mục tiêu cuộc sống có giá trị hơn là những phục hồi thể chất cụ thể..
- Giúp họ phát triển các chiến lược đối phó, chiến lược giải quyết vấn đề để giảm tác động của sự ức chế.
- Hoạt động nhóm, tương tác xã hội, đi chơi trong cộng đồng rất quan trọng trong việc để bệnh nhân thực hành vai trò cuộc sống.



## C. Chuyển về cộng đồng

Can thiệp
1. Lên kế hoạch xuất viện
2. Khôi phục lại những vai trò và hoạt động có giá trị
3. Tiếp tục chăm sóc sau khi xuất viện



# 1. Lên kế hoạch xuất viện

- Các nhà hoạt động trị liệu hỗ trợ trong –
- ✓ Xác định các bối cảnh xuất viện thích hợp nhất.
- ✓ Giáo dục và đào tạo bệnh nhân, gia đình và người chăm sóc những kỹ năng thiết yếu.
- ✓ Sắp xếp để đảm bảo tính liên tục của sự chăm sóc và các dịch vụ cộng đồng.
- ✓ Thực hiện các chuyến thăm nhà và đánh giá an toàn.
- ✓ Đề xuất những điều chỉnh nhà ở cần thiết hoặc thiết bị thích nghi và hỗ trợ.



## 2. Tiếp tục vai trò cuộc sống có giá trị

- Nhà hoạt động trị liệu hỗ trợ cho quá trình thích nghi bằng cách giúp đỡ cho bệnh nhân đặt ra và đạt được những mục tiêu hợp lý cho việc thực hiện hoạt động, để từ đó bệnh nhân có thể đảm nhận những vai trò đã được điều chỉnh hoặc là những vai trò mới.





### 3. Tiếp tục chăm sóc sau khi xuất viện

- Thực hành phục hồi chức năng bao gồm các lần thăm khám để theo dõi tiến triển của những người sống sót sau đột quỵ **trong vòng 1 tháng sau khi trở lại cộng đồng và đều đặn trong ít nhất 12 tháng.**



