



DỰ ÁN “HÒA NHẬP 1”

Chấn thương sọ não



Mục tiêu học tập

1. Thể hiện kỹ năng trong việc áp dụng các phương thức đánh giá hoạt động trị liệu cho bệnh nhân bị chấn thương sọ não.
2. Thể hiện kỹ năng áp dụng các biện pháp can thiệp hoạt động trị liệu phù hợp với bối cảnh cho bệnh nhân bị chấn thương sọ não.



Mục lục

Nội dung
I. Giới thiệu chung
II. Nguyên nhân
III. Quản lý y khoa
IV. Suy giảm thần kinh
V. Hồi phục: tiên lượng và kết quả
VI. Các rối loạn ý thức nghiêm trọng
VII. Các lượng giá tiêu chuẩn quan trọng được sử dụng trong chấn thương sọ não
VIII. Lượng giá và can thiệp hoạt động trị liệu



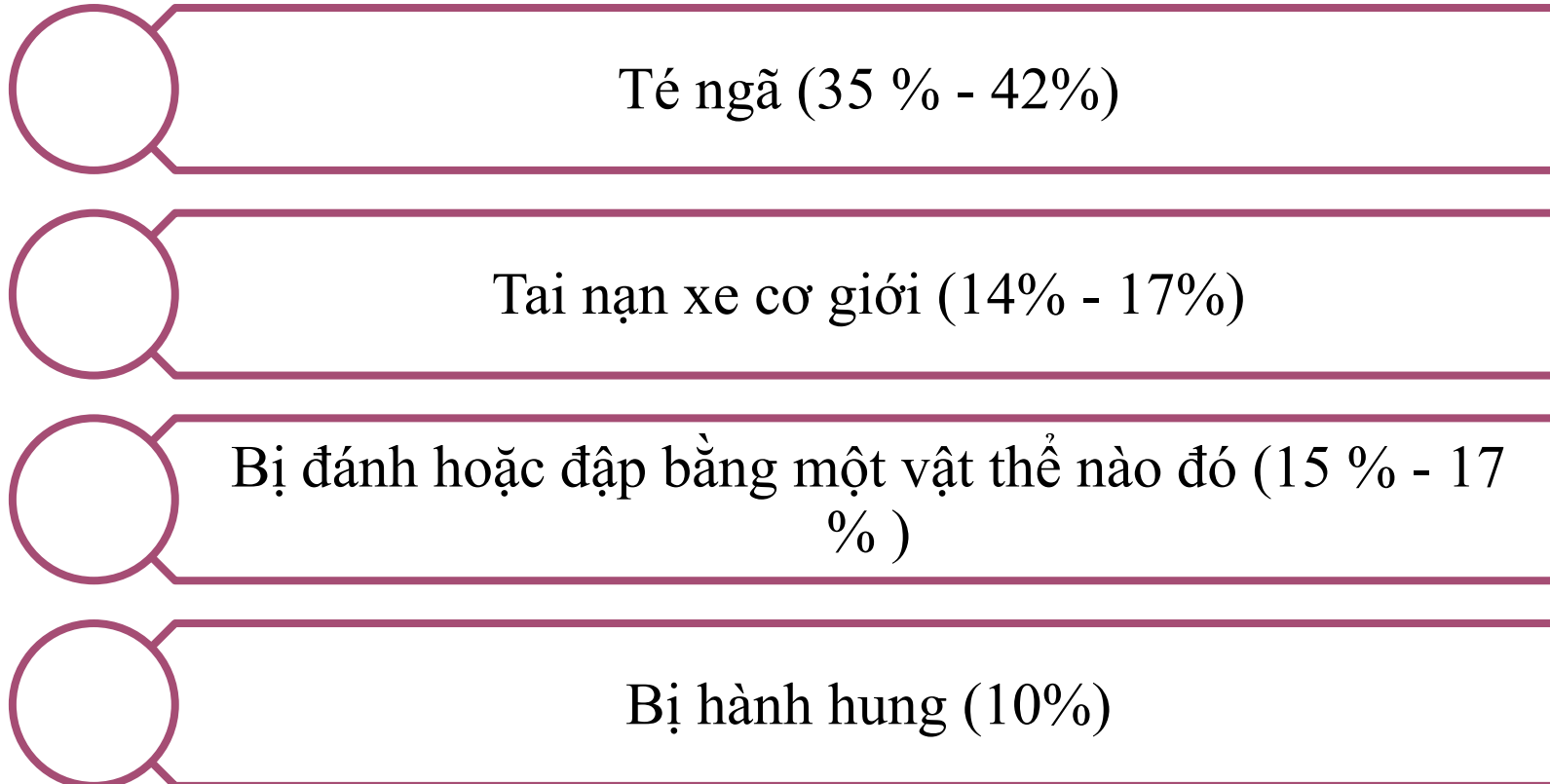
I. Giới thiệu về chấn thương sọ não

- Hiệp hội chấn thương não (BIA) định nghĩa chấn thương sọ não (TBI) là một chấn động vào não, không phải là do thoái hóa hoặc do bẩm sinh, mà gây ra bởi một lực vật lý bên ngoài.
- Chấn động này có thể tạo ra một trạng thái ý thức giảm dần hoặc thay đổi và do đó làm suy giảm chức năng nhận thức, hành vi, cảm xúc hoặc chức năng thể chất.



II. Nguyên nhân

- Nguyên nhân hàng đầu của chấn thương sọ não là:



III. Điều trị y khoa

- Trọng tâm chính là sự sống sót, đạt được sự ổn định y khoa và ngăn ngừa hoặc giảm thiểu các hậu quả thứ phát của TBI.
- ✓ Ổn định khí quản, thở và tuần hoàn
- ✓ Khám và xử lý tổn thương ngoại sọ
- ✓ Tối ưu hóa áp lực tưới máu não và cung cấp oxy cho mô não
- ✓ Giảm thiểu tình trạng phù não
- ✓ Duy trì tất cả các chỉ số sinh tồn khác



IV. Khiếm khuyết thần kinh

Thể chất	Nhận thức
✓ Trương lực cơ bất thường: <ul style="list-style-type: none">• Gồng cứng mắt vỏ hoặc gồng cứng mắt não	✓ Các rối loạn nghiêm trọng về ý thức
✓ Khiếm khuyết về tư thế (phản xạ suy giảm – giữ thẳng, thăng bằng và tự vệ)	✓ Các quá trình nhận thức cơ bản bị ảnh hưởng (định hướng, tập trung chú ý, trí nhớ)
✓ Giảm tầm vận động khớp	✓ Quá trình nhận thức cấp cao bị ảnh hưởng (Lập kế hoạch, tổ chức, giải quyết vấn đề, v.v.)
✓ Yếu cơ	
✓ Giảm sức bền chức năng	
✓ Mất hoặc giảm cảm giác	



IV. Suy giảm thần kinh

Thị giác	Nhận cảm	Hành vi và tâm lý xã hội
✓ Rối loạn khả năng tập trung của mắt (gây ra tình trạng mờ mắt)	✓ Rối loạn nhận cảm về thị giác không gian	✓ Hành vi kích động và bối rối
✓ Thiếu năng hội tụ	✓ Rối loạn nhận cảm vận động	✓ Trầm cảm
✓ Chứng giật nhãn cầu	✓ Rối loạn nhận cảm về gián đồ cơ thể	✓ Cảm xúc không ổn định
✓ Chứng bán manh		
✓ Di chuyển mắt đột ngột		



V. Hồi phục: tiên lượng và kết quả

- Khả năng hồi phục phụ thuộc vào một vài yếu tố:
 - ✓ Tuổi tác
 - ✓ Khả năng của người đó trước khi bị chấn thương
 - ✓ Mức độ nghiêm trọng của chấn thương
 - ✓ Chất lượng của can thiệp và sự hỗ trợ
- Tiến hành quan sát lặp đi lặp lại sự phục hồi thần kinh trong vài tuần đến vài tháng là phương tiện tốt nhất để dự đoán khả năng hồi phục.



V. Hồi phục: tiên lượng và kết quả

- Độ dài của chứng mất trí nhớ sau chấn thương là một yếu tố thường được dùng để tiên lượng kết quả.
- Mất trí nhớ sau chấn thương: không có khả năng nhớ các sự kiện hàng ngày sau chấn thương não.

Thời gian mất trí nhớ sau chấn thương	Mức độ nghiêm trọng của chấn thương não
<input type="checkbox"/> Kéo dài dưới 1 giờ	✓ Chấn thương sọ não nhẹ
<input type="checkbox"/> 1- 24 giờ	✓ Chấn thương não vừa phải
<input type="checkbox"/> 1- 7 ngày	✓ Chấn thương não nặng
<input type="checkbox"/> Kéo dài hơn 7 ngày	✓ Chấn thương não rất nặng



VI. Rối loạn ý thức nghiêm trọng

A. Hôn mê



B. Trạng thái thực vật



C. Trạng thái ý thức tối thiểu



A. Hôn mê

- Nó đề cập đến tình trạng không thức tỉnh, mất khả năng tương tác với môi trường, không có chu kỳ ngủ – thức trên điện não đồ.
- ✓ Mắt bệnh nhân không mở một cách tự nhiên hoặc phản ứng lại kích thích bên ngoài.
- ✓ Bệnh nhân không tuân theo mệnh lệnh.
- ✓ Bệnh nhân không thể hiện vận động có chủ ý (có thể cho thấy vận động phản xạ như điều chỉnh tư thế, rụt lại khi bị đau hoặc mỉm cười không tự chủ).



B. Trạng thái thực vật

- Trạng thái này đề cập đến việc mất hoàn toàn khả năng tương tác với môi trường mặc dù vẫn có khả năng tạo ra các tương tác tự phát hoặc có tác nhân kích thích.
- Có sự hiện diện của chu kỳ ngủ – thức trên điện não đồ.
- Bệnh nhân mở mắt tự phát hoặc sau khi được kích thích.

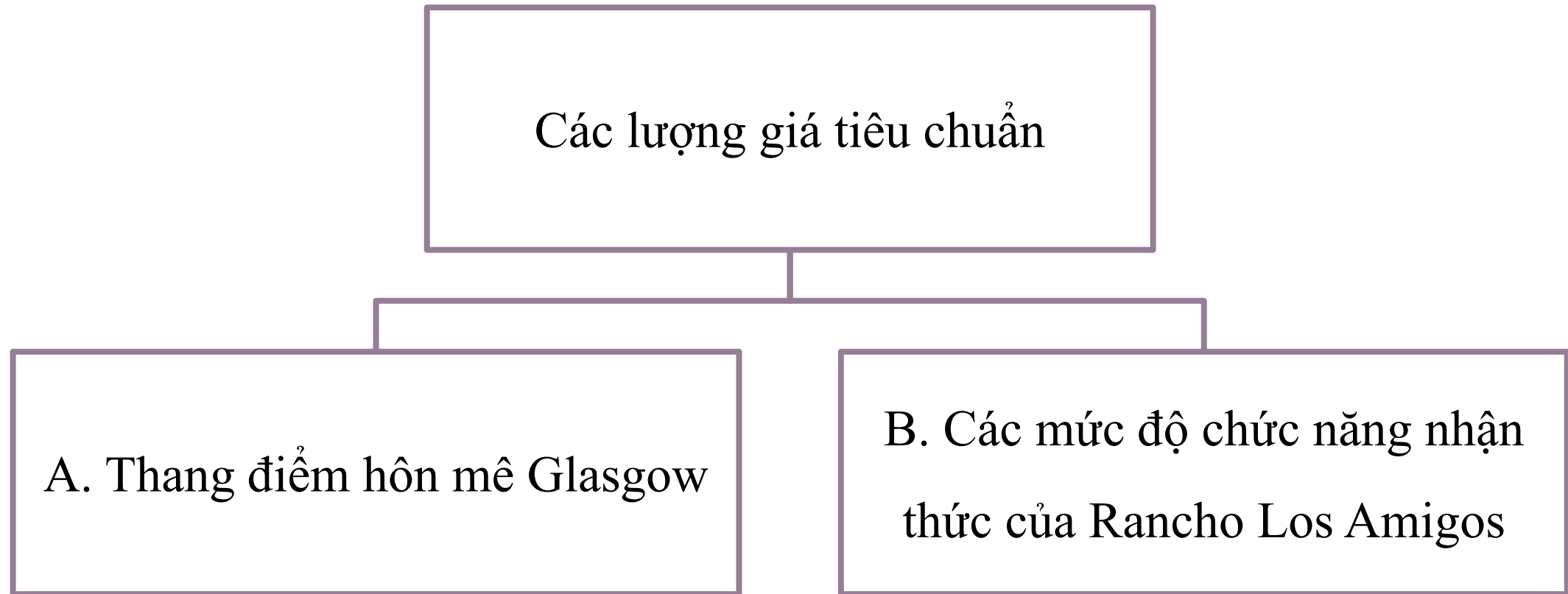


C. Trạng thái ý thức tối thiểu

- Bệnh nhân có một số ý thức về bản thân, về môi trường hoặc cả hai.
- Có hành vi rõ ràng và có thể lặp lại hành vi đó trong một hoặc nhiều lĩnh vực sau:
 - ✓ Có khả năng làm theo mệnh lệnh
 - ✓ Phản hồi phù hợp bằng cử chỉ hoặc lời nói, có hoặc không
 - ✓ Vận động có mục đích



VII. Các lượng giá theo tiêu chuẩn quan trọng được sử dụng trong TBI



A. Thang điểm hôn mê Glasgow(GCS)

Hành vi	Đáp ứng	Điểm số
☐ Mở mắt (E)	✓ Tự phát	4
	✓ Khi nghe gọi	3
	✓ Khi đau	2
	✓ Không mở mắt	1
☐ Đáp ứng vận động (M)	✓ Làm theo yêu cầu	6
	✓ Đáp ứng khu trú khi gây đau	5
	✓ Rút chi lại khi đau	4
	✓ Gập bất thường	3
	✓ Đáp ứng duỗi	2
	✓ Không đáp ứng	1
☐ Đáp ứng lời nói (V)	✓ Tỉnh táo, có định hướng	5
	✓ Cuộc hội thoại mơ hồ	4
	✓ Từ ngữ không phù hợp	3
	✓ Phát âm khó hiểu	2
	✓ Không đáp ứng	1



A. Thang điểm hôn mê Glasgow (GCS)

- **Tổng điểm:** Đáp ứng mở mắt + Đáp ứng vận động + Đáp ứng lời nói
- **Diễn giải điểm:**

Điểm GCS	Mức độ nghiêm trọng của chấn thương não
<input type="checkbox"/> 8 hoặc thấp hơn	✓ Chấn thương não nghiêm trọng
<input type="checkbox"/> 9 tới 12	✓ Chấn thương não vừa phải
<input type="checkbox"/> 13 tới 15	✓ Chấn thương não nhẹ

Lưu ý: Thang điểm này cũng có thể được sử dụng để tiên lượng kết quả hồi phục.



B. Các mức độ chức năng nhận thức của Rancho Los Amigos

Mức độ	Mô tả
Mức độ I	✓ Không đáp ứng: Hỗ trợ hoàn toàn
Mức độ II	✓ Đáp ứng toàn thân: Hỗ trợ hoàn toàn
Mức độ III	✓ Đáp ứng khu trú: Hỗ trợ hoàn toàn
Mức độ IV	✓ Lú lẫn/ kích động: Hỗ trợ tối đa
Mức độ V	✓ Lú lẫn, không phù hợp, không kích động: Hỗ trợ tối đa
Mức độ VI	✓ Lú lẫn, phản ứng thích hợp: Hỗ trợ vừa phải
Mức độ VII	✓ Tự động, phù hợp: Hỗ trợ tối thiểu cho những kỹ năng sống hằng ngày
Mức độ VIII	✓ Có mục đích, phù hợp: Hỗ trợ dự phòng
Mức độ IX	✓ Có mục đích, phù hợp: Hỗ trợ dự phòng theo yêu cầu
Mức độ X	✓ Có mục đích, phù hợp: Độc lập có sự điều chỉnh



VIII. Hoạt động trị liệu: Lượng giá và Can thiệp

A. Giai đoạn cấp tính

B. Giai đoạn phục hồi chức năng nội trú

C. Giai đoạn phục hồi chức năng sau cấp tính

D. Giai đoạn sống sót



A. Giai đoạn cấp tính

- Can thiệp ban đầu cho các rối loạn ý thức nghiêm trọng xảy ra tại khu hồi sức cấp cứu và chăm sóc cấp tính.
- Can thiệp bao gồm các phương pháp phòng ngừa và phục hồi.



A. Giai đoạn cấp tính: Lượng giá

Lượng giá ở giai đoạn cấp tính

- **Đánh giá yếu tố cá nhân:**

1. Chức năng nhận thức: Mức độ ý thức. (Thang điểm hôn mê Glasgow)

2. Chức năng vận động: Tầm vận động thụ động, trương lực cơ, phản xạ.



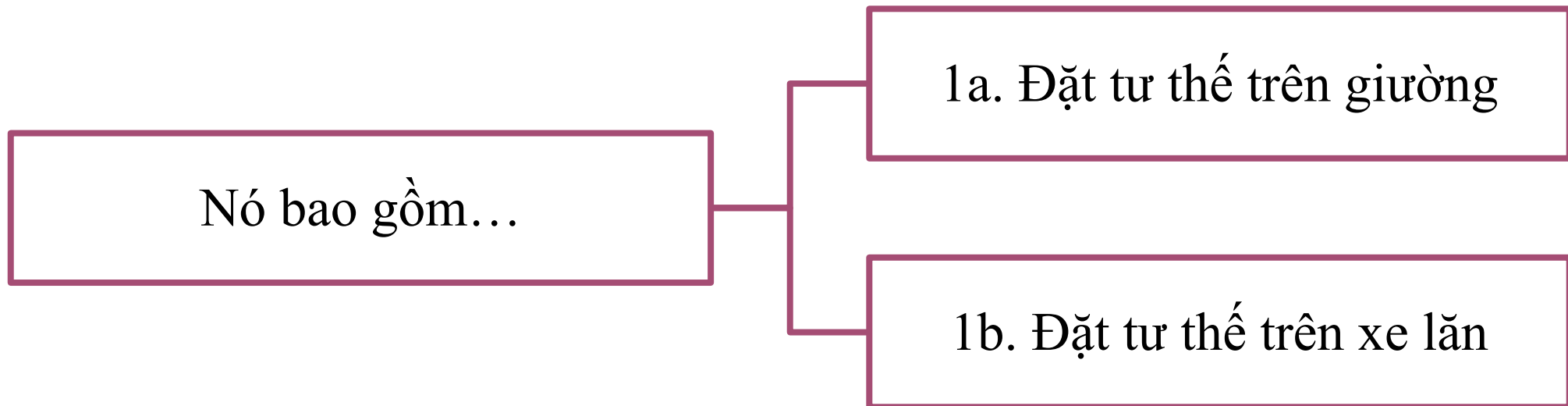
A. Giai đoạn cấp tính: Can thiệp

Can thiệp ở giai đoạn cấp tính
1. Đặt tư thế
1a. Đặt tư thế trên giường
1b. Đặt tư thế trên xe lăn
2. Những bài tập cho tầm vận động thụ động
3. Kích thích giác quan
3a. Kích thích xúc giác
3b. Kích thích khứu giác
3c. Kích thích thính giác
3d. Kích thích thị giác
4. Quản lý kích động
5. Hỗ trợ và giáo dục gia đình



1. Đặt tư thế

- Việc đặt tư thế thích hợp cho bệnh nhân là cần thiết để:
 - ✓ Ưc chế trương lực cơ bất thường, và các tư thế phản xạ.
 - ✓ Phòng ngừa những biến chứng như loét tì đè và cơn co rút.
 - ✓ Tạo điều kiện cho sự thức dậy của bệnh nhân.



1a. Đặt tư thế trên giường.

- Đối với bệnh nhân có trương lực cơ hoặc tư thế bất thường, **nằm nghiêng được ưu tiên** để giúp bình thường hóa trương lực cơ và cung cấp đầu vào cảm giác.
- **Việc bệnh nhân nằm ngửa sẽ gây ra phản ứng đuối.**



1a. Đặt tư thế trên giường

Bộ phận cơ thể	Tư thế trên giường: Nằm nghiêng	
Đầu	<ul style="list-style-type: none">✓ Đặt trên một cái gối nhỏ✓ Nên ở vị trí trung tính thẳng hàng với thân mình	
Chi trên	Chi trên bên dưới	Chi trên bên trên
	<ul style="list-style-type: none">✓ Xương bả vai đẩy ra trước	<ul style="list-style-type: none">✓ Xương bả vai đẩy ra trước
	<ul style="list-style-type: none">✓ Vai xoay ra ngoài	<ul style="list-style-type: none">✓ Vai hơi gập
	<ul style="list-style-type: none">✓ Gập khuỷu tay	<ul style="list-style-type: none">✓ Duỗi khuỷu tay
	<ul style="list-style-type: none">✓ Duỗi cổ tay	<ul style="list-style-type: none">✓ Duỗi cổ tay
<ul style="list-style-type: none">✓ Nên đặt các vật dụng hình nón trong lòng bàn tay (Để giảm độ co cứng và duy trì khoảng kẽ cho ngón tay cái)		
Chi dưới	<ul style="list-style-type: none">✓ Cả hai chi dưới hông và đầu gối hơi gập✓ Đặt một chiếc gối giữa hai đầu gối (Để ngăn ngừa tình trạng xoay trong và khép)✓ Khớp cổ chân tư thế trung tính	
Thân mình	<ul style="list-style-type: none">✓ Đặt một chiếc gối sau lưng và vai để duy trì vị trí trung tính của thân mình	



1b. Đặt tư thế trên xe lăn

- Tư thế ngồi hiệu quả bao gồm:
 - ✓ Có một đế ổn định nâng đỡ xương chậu.
 - ✓ Duy trì thân mình theo đường trục.
 - ✓ Tạo điều kiện cho đầu theo tư thế thẳng đứng của đường trục.



1b. Đặt tư thế trên xe lăn

Bộ phận cơ thể	Tư thế
Xương chậu	<ul style="list-style-type: none">✓ Tư thế xương chậu từ trung tính đến hơi nghiêng trước (cần thiết để giảm tác động lên cơ duỗi)✓ Xương chậu phải đối xứng, không nên bên thấp bên cao.✓ Ghế ngồi và các tấm lót lưng được sử dụng cùng với các tấm chèn, miếng đệm và gối khác để có được tư thế thẳng tối ưu.



1b. Đặt tư thế trên xe lăn

Bộ phận cơ thể	Tư thế
Thân mình	<ul style="list-style-type: none">✓ Nên đặt một tấm lót lưng cứng hoặc tấm ốp lưng phía sau lưng bệnh nhân để giữ cho cột sống ở tư thế thẳng.✓ Thân mình phải đối xứng và theo đường trục với vai chiếu thẳng trên xương chậu.✓ Có thể dùng các vật dụng đỡ hai bên thân để giảm gập thân mình.✓ Một dây đai vai hoặc dây đai ngực có thể cần thiết để ngăn chặn tình trạng gập thân về phía trước.





Tấm lót lưng



Đệm ốp lưng





Vật dụng nâng đỡ 2 bên





Dây đai



Dây đai vai



Dây đai ngực



1b. Đặt tư thế trên xe lăn

Bộ phận cơ thể	Tư thế
Chi dưới	<ul style="list-style-type: none">✓ Đặt một bộ chêm cơ dạng chèn giữa hai chi dưới ở phần gần với đầu gối để giảm tình trạng khớp háng bị khép và xoay trong.✓ Khớp gối và khớp cổ chân gập 90°.✓ Đường chiều của gót chân nên hơi ra phía sau đầu gối trong tư thế ngồi.✓ Chân ở vị trí trung gian.✓ Tầm gác chân cần phải đủ rộng để đỡ cả bàn chân.✓ Một miếng chèn bàn chân, tấm bao gót chân, đôi giày đặc biệt hoặc kết hợp các vật dụng này có thể giúp ích trong việc giảm trương lực cơ bất thường và đạt được khả năng chịu trọng lượng trên gót chân.





Bộ chêm cơ dạng



Bộ chèn bàn chân



Vòng bao gót chân



Đai cố định ngón chân



Giày đặc biệt



1b. Đặt tư thế trên xe lăn

Bộ phận cơ thể	Tư thế
Chi trên	<ul style="list-style-type: none">✓ Xương bả vai – tư thế trung tính và hơi đưa ra trước✓ Vai – hơi xoay ngoài, hơi gập và dẹt✓ Khuỷu tay – tư thế trung gian và hơi gập✓ Cẳng tay – xoay úp một phần✓ Cổ tay và ngón tay – ở tư thế thực hiện chức năng



1b. Đặt tư thế trên xe lăn

Bộ phận cơ thể	Tư thế
Đầu	<ul style="list-style-type: none">✓ Đầu nên nằm trên đường trục với cột sống cổ ngửa ra sau và cằm hơi đưa vào.✓ Điều quan trọng là phải đặt tư thế sao cho loại bỏ được tình trạng nhô ra của cằm và tình trạng duỗi quá mức của cổ.✓ Một thiết bị định vị đầu năng động có thể được sử dụng.✓ Có thể dùng một giá đỡ đồng mức cho đầu điều chỉnh đầu ra sau và bên để giữ cho đầu theo đường trục.✓ Chỉnh xe lăn hơi ngả về phía sau cũng ngăn đầu bệnh nhân ngả về trước (góc ngả từ 10 đến 15 độ).





Giá đỡ đầu đồng mức



Ngăn cấm nhô ra



Xe lăn điều chỉnh ngửa



2. Bài tập Tầm vận động thụ động (PROM)

- Các chương trình PROM được sử dụng cùng với điều chỉnh tư thế để giảm thiểu sự phát triển của tình trạng co rút từ trương lực cơ bất thường và tư thế tĩnh.
- Các vận động ức chế ngược chiều với trương lực cơ bất thường được thực hiện từ từ, giữ tư thế kéo duỗi cho đến khi cơ buông lỏng.
- ***Khuyến cáo: Nên tránh kéo duỗi đột ngột và những kích thích và xử lý không phù hợp.***



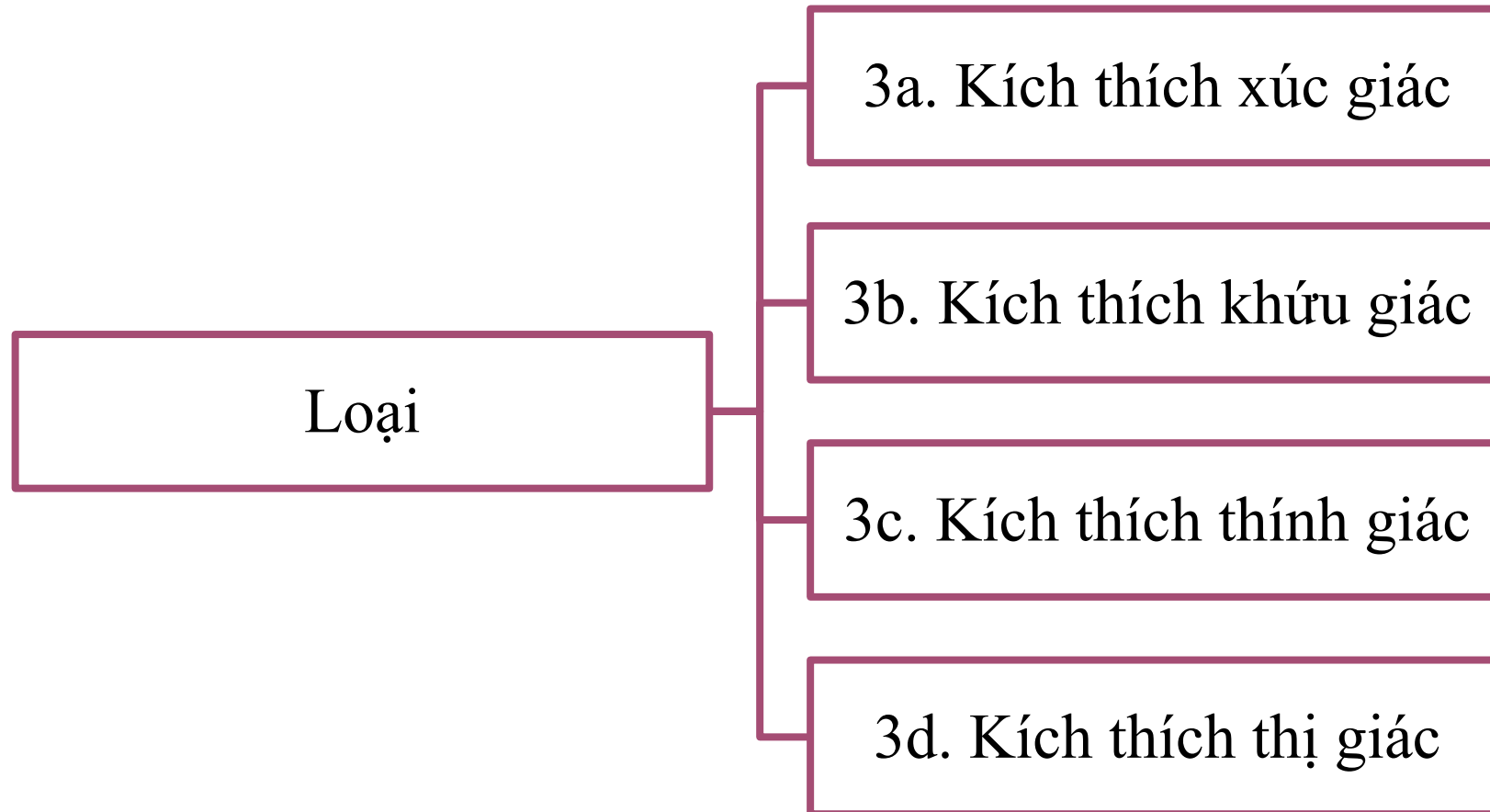
3. Kích thích giác quan

- Mục tiêu của một chương trình kích thích giác quan là thúc đẩy việc bệnh nhân thức tỉnh từ hôn mê, các kiểu vận động thích hợp và tương tác với môi trường.
- Các kích thích dễ chịu và khó chịu, các kích thích quen thuộc và không quen thuộc được sử dụng.
- Các phiên kích thích có tổ chức khoảng 15 – 30 phút mỗi lần được lên lịch trong suốt cả ngày (tổng cộng lên đến 90 phút).



3. Kích thích giác quan

- Các kích thích được thực hiện một cách nhất quán và có ý nghĩa, điển hình là mỗi lần sẽ làm việc với một phương thức cảm giác.



3a. Kích thích xúc giác

Can thiệp

- ✓ Chà xát da bệnh nhân với các vật thể có kết cấu khác nhau
- ✓ Các bài tập về tầm vận động thụ động
- ✓ Thường xuyên thay đổi tư thế cơ thể (lăn trở trên giường, nằm ngửa sang ngồi, chuyển động thân khi ngồi).
- ✓ Hoạt động tắm và mặc quần áo là các nguồn tốt của các tác động giác quan khác nhau.



3b. Kích thích khứu giác

Can thiệp

- ✓ Các mùi dễ chịu hay khó chịu, như là mùi gia vị, chanh, cà phê hoặc các mùi khác quen thuộc với bệnh nhân.
- ✓ Sự kích thích có thể hiệu quả nhất khi nó được thực hiện trước khi cho bệnh nhân ăn.
- ✓ **Khuyến cáo: Tránh các mùi có khí độc như vani nhân tạo, khí amoniac.**



3c. Kích thích thính giác

Can thiệp

- ✓ Chơi nhạc yêu thích hoặc giọng nói quen thuộc, tiếng chuông, tiếng động cảnh báo lớn như vỗ tay, trò chuyện trực tiếp với bệnh nhân, ra lệnh bằng lời nói, giải thích, phản hồi.
- ✓ Người điều trị sử dụng lời nói rõ ràng, giọng ổn định trong khi giao tiếp.



3d. Kích thích thị giác

Can thiệp

- ✓ Tạo sự chú ý, tập trung và dõi mắt theo bằng các vật có màu sắc rực rỡ, điện thoại di động trên giường, gương, đèn màu hoặc hình ảnh của gia đình và bạn bè.
- ✓ Thay đổi môi trường – từ giường đến phòng trị liệu.
- ✓ Trong nhà và ngoài trời là các nguồn kích thích thị giác quan trọng.



4. Quản lý kích động

Các chiến lược làm bình thường hóa môi trường	Chiến lược quản lý thể chất
✓ Yêu cầu các thành viên trong gia đình mang đến đồ vật quen thuộc (hình ảnh)	✓ Sử dụng thiết bị và dụng cụ tối đa hóa khả năng tự do vận động một cách an toàn
✓ Làm việc trong môi trường yên tĩnh	✓ Thu hút bệnh nhân vào các hoạt động vận động thô
✓ Đưa ra những thông tin định hướng	✓ Hãy chuẩn bị để thay đổi một hoạt động hoặc nghỉ
✓ Giữ một nếp sinh hoạt hằng ngày có thể đoán trước được	✓ Thể hiện sự bình tĩnh, tự tin và chấp nhận
✓ Giới thiệu bản thân mỗi lần, nói với họ những gì bạn sẽ làm	
✓ Đừng đặt những câu hỏi mà bệnh nhân không biết câu trả lời	

5. Hỗ trợ và giáo dục gia đình

- Trong chăm sóc cấp tính, giáo dục gia đình tập trung vào định hướng cơ bản, làm rõ các điều khoản và quy trình chăm sóc chấn thương.
- Các thành viên gia đình cần được giúp đỡ để hiểu hành vi liên quan đến kích động.
- Các cuộc trò chuyện và hướng dẫn được lặp lại thường xuyên khi gia đình bị căng thẳng.



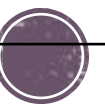
B. Giai đoạn phục hồi chức năng nội trú

- Bệnh nhân thường có thể tham gia phục hồi chức năng tích cực khi –
- ✓ Họ thể hiện các đáp ứng cụ thể theo kích thích.
- ✓ Tình trạng bối rối và kích động sau chấn thương của họ hoặc được giải quyết hoặc không gây ra một rào cản nào đối với việc tham gia vào các liệu pháp tích cực.
- *Bệnh nhân ở mức độ V và VI trên thang Rancho.*



B. Giai đoạn phục hồi chức năng nội trú: Lượng giá

Nội dung	
A. Lượng giá hoạt động chức năng:	Các hoạt động sống hằng ngày
B. Lượng giá các yếu tố cá nhân:	
1. Lượng giá chức năng giác quan	
2. Lượng giá chức năng vận động:	
✓	Lượng giá khả năng thích ứng tư thế (khả năng thăng bằng)
✓	Lượng giá trương lực cơ
✓	Lượng giá tầm vận động (ROM)
✓	Lượng giá sức cơ và sức bền
4. Lượng giá nhận thức:	
✓	Đánh giá lâm sàng quá trình nhận thức cơ bản – định hướng, tập trung chú ý, ghi nhớ
✓	Sử dụng Các mức độ chức năng nhận thức của Rancho Los Amigos
5. Lượng giá thị giác và nhận cảm	
6. Lượng giá hành vi và khía cạnh tâm lý xã hội	



B. Giai đoạn phục hồi chức năng nội trú: Can thiệp

Can thiệp
1. Tối ưu hóa chức năng vận động
2. Tối ưu hóa chức năng nhận thức: 2a. Định hướng 2b. Tập trung chú ý 2c. Trí nhớ
3. Tối ưu hóa chức năng nhận cảm thị giác
4. Phục hồi năng lực trong các hoạt động tự chăm sóc
5. Thích ứng hành vi và cảm xúc
6. Hỗ trợ và giáo dục gia đình



1. Tối ưu hóa chức năng vận động

- Các hoạt động vận động thô **không đòi hỏi mức độ nhận thức cao.**
- Chế độ tập luyện truyền thống (các bài tập tăng cường sức mạnh, tập kiểm soát tư thế, rèn luyện sức bền)



2. Tối ưu hóa chức năng nhận thức

- Trọng tâm của việc tối ưu hóa các chức năng nhận thức trong quá trình phục hồi chức năng nội trú là nhằm vào các **quá trình nhận thức cơ bản (định hướng, tập trung chú ý, ghi nhớ)**.
- Các can thiệp được thiết kế để tăng cường kỹ năng nhận thức được thực hiện thông qua các hoạt động chức năng sống hằng ngày.



2a. Định hướng

Chiến lược can thiệp

- Đặt các hình ảnh và đồ vật quen thuộc, lịch và đồng hồ một cách có chiến lược trong phòng của bệnh nhân để tối ưu hóa khả năng định hướng.
- Các nếp sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân nên được tổ chức và nhất quán nhất có thể.
- Giáo dục gia đình bệnh nhân về sự mất định hướng của bệnh nhân và giải thích cho họ tầm quan trọng của nếp sinh hoạt ổn định hàng ngày cũng như môi trường cá nhân ổn định.



2b. Tập trung chú ý

Chiến lược can thiệp

- ✓ Điều chỉnh môi trường để giảm sự lộn xộn thị giác, sự gián đoạn và mất tập trung thính giác.
- ✓ Dán băng dính màu trên **các chìa khóa nhà hoặc trên các nút điều khiển của các thiết bị.**
- ✓ Đơn giản hóa các hướng dẫn hoạt động để chỉ trình bày một bước mỗi lần.
- ✓ Giảm số lượng đồ vật hoặc lựa chọn được trình bày cho bệnh nhân cùng một lúc.
- ✓ Chia nhỏ hoạt động (**ví dụ: chỉ trình bày một phần của hoạt động tại một thời điểm**).



2c. Trí nhớ

Chiến lược can thiệp

- ✓ Việc đào tạo người bệnh sử dụng sổ ghi nhớ nên được thực hiện trong bối cảnh của các hoạt động cuộc sống hàng ngày khác nhau.
- ✓ Sử dụng các thiết bị hỗ trợ trí nhớ như đồng hồ hẹn giờ, hộp thuốc được phân sẵn, sổ lập kế hoạch hàng ngày.
- ✓ Thẻ gợi ý hoặc ký hiệu ở các chỗ quan trọng (ví dụ: **một bảng trên cửa nơi mà bệnh nhân sẽ nhìn vào trước khi rời khỏi nhà: “Lấy chìa khóa và ..)**
- ✓ Dán nhãn bên ngoài các ngăn kéo hoặc tủ để giảm thiểu sự cần thiết phải nhớ lại vị trí của các đồ vật.
- ✓ Cung cấp hướng dẫn từng bước để giảm đòi hỏi về mặt trí nhớ.
- ✓ Cung cấp bảng kiểm để hỗ trợ ghi nhớ các bước thực hiện hoạt động.
- ✓ Giáo dục và huấn luyện cho người chăm sóc.



3. Tối ưu hóa chức năng nhận cảm thị giác

Chiến lược can thiệp

- ✓ Bài tập vận động mắt (đối với khiếm khuyết trường thị giác)
- ✓ Huấn luyện chiến lược
- ✓ Các kỹ thuật bù trừ như thích ứng môi trường
- ✓ Giáo dục bệnh nhân và gia đình về an toàn và điều chỉnh nhà ở



4. Phục hồi khả năng thực hiện những hoạt động tự chăm sóc

- Phục hồi chức năng cho bệnh nhân nội trú thường tập trung vào việc giúp bệnh nhân lấy lại được các kỹ năng tự chăm sóc cơ bản, như tắm rửa, mặc quần áo, vệ sinh, ăn uống, di chuyển chức năng và dịch chuyển.
- Thích nghi môi trường theo như mức độ khiếm khuyết nhận thức. *(Ví dụ: những yếu tố môi trường gây sao nhãng được giữ ở mức tối thiểu)*
- Dần dần tăng độ phức tạp *(giảm cấu trúc, gợi ý và hỗ trợ bên ngoài)* khi khả năng thực hiện hoạt động của bệnh nhân được cải thiện.



5. Thích ứng hành vi và cảm xúc

- Thiết kế lại môi trường (tạo căn phòng yên tĩnh và mang lại cảm giác bình tâm)
- Tránh những tình huống gây ra thất bại và thất vọng
- Xác định hành vi thích ứng và cấp phần thưởng
- Giúp bệnh nhân học các kỹ năng mới để trải nghiệm thành công, điều đó sẽ làm giảm thất vọng kích ứng bởi các hành vi không phù hợp



6. Hỗ trợ và giáo dục gia đình

- Trong quá trình phục hồi nội trú, gia đình bệnh nhân cần được giáo dục về các khía cạnh quan trọng sau:
 - ✓ Để có những kỳ vọng thực tế
 - ✓ Thay đổi trong tính năng động trong sự tương tác và mối quan hệ của gia đình
 - ✓ Lợi ích, thách thức, trách nhiệm và chăm sóc
 - ✓ Các nguồn lực cho phục hồi chức năng



C. Giai đoạn phục hồi chức năng sau cấp tính

- Mục đích của phục hồi chức năng sau cấp tính là để chuẩn bị cho bệnh nhân tái hòa nhập cộng đồng và hỗ trợ sự độc lập trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày có tương tác.
- *Bệnh nhân ở Mức độ VII và VIII trên thang Rancho.*



C. Giai đoạn hồi phục sau cấp tính: Lượng giá

Lượng giá

1. Đánh giá hoạt động chức năng: hoạt động sinh hoạt hằng ngày, tập trung chính vào các hoạt động sinh hoạt hằng ngày có tương tác và làm việc.

2. Đánh giá yếu tố cá nhân:

- ✓ Chức năng nhận thức: Các quá trình nhận thức cấp cao (Lên kế hoạch, tổ chức, giải quyết vấn đề, v.v.)
- ✓ Chức năng vận động: tầm vận động, sức mạnh, sức bền, kiểm soát tư thế
- ✓ Chức năng tâm lý xã hội



C. Giai đoạn hồi phục sau cấp tính: Can thiệp

Can thiệp
1. Tối ưu hóa chức năng nhận thức
2. Phục hồi những vai trò tự chăm sóc bản thân
3. Phục hồi tự tin tại nơi làm việc
4. Hỗ trợ và giáo dục gia đình



1. Tối ưu hóa chức năng nhận thức

- Trọng tâm của việc tối ưu hóa các chức năng nhận thức trong quá trình phục hồi chức năng sau cấp tính là vào **các quá trình nhận thức cấp cao** (*lên kế hoạch, tổ chức, giải quyết vấn đề, v.v.*)
- Các can thiệp được thiết kế để tăng cường kỹ năng nhận thức được thực hiện thông qua các hoạt động đời sống chức năng hàng ngày. Ví dụ –
 - ✓ Sắp xếp thuốc theo lịch
 - ✓ Lên kế hoạch cho một chuyến đi qua đêm và sắp xếp hành lý vào vali



1. Tối ưu hóa chức năng nhận thức

Chiến lược can thiệp

- ✓ Điều chỉnh bối cảnh và môi trường xã hội và vật lý để giảm bớt các yếu tố gây sao nhãng
- ✓ Sử dụng các chiến lược bù trừ, các công cụ và thiết bị hỗ trợ
- ✓ Tận dụng tính nhất quán của nếp sinh hoạt hằng ngày và môi trường quen thuộc



1. Tối ưu hóa chức năng nhận thức

Chiến lược can thiệp

- ✓ Huấn luyện một người quan trọng đối với bệnh nhân để tổ chức trước một hoạt động hoặc các vật dụng cần thiết cho hoạt động đó
- ✓ Ví dụ, tất cả các vật dụng cần thiết cho việc chải chuốt có thể được sắp xếp trước trên bồn rửa theo trình tự chúng được sử dụng
- ✓ Có thể giới thiệu hoạt động theo từng bước một
- ✓ Kỹ thuật dàn xếp bằng lời nói
- ✓ Chia nhỏ các hoạt động thành các bước nhỏ để quản lý hơn
- ✓ Sử dụng các thẻ tự đặt câu hỏi



2. Phục hồi vai trò tự chăm sóc bản thân

- Nhà hoạt động trị liệu giúp bệnh nhân học hoặc học lại các hoạt động sinh hoạt hằng ngày có tương tác như hoạt động quản lý nhà ở, mua sắm, quản lý tiền bạc, v.v.



3. Phục hồi khả năng tại nơi làm việc

- Khi bệnh nhân có tự tin trong tự chăm sóc, thì hướng đến việc phát triển kỹ năng phù hợp với hành vi nơi làm việc.
- Xác định công việc hoặc bố trí tình nguyện viên phù hợp cho bệnh nhân.



4. Hỗ trợ và giáo dục gia đình

- Trong quá trình phục hồi chức năng sau cấp tính, gia đình bệnh nhân cần được giáo dục về các khía cạnh quan trọng sau:
 - ✓ Bản chất kéo dài của khả năng hồi phục sau TBI (*đó là sự hồi phục mất nhiều thời gian*)
 - ✓ Trải nghiệm hồi phục từ quan điểm bệnh nhân
 - ✓ Điều chỉnh thay đổi tính cách và hành vi
 - ✓ Nguồn lực cộng đồng
 - ✓ Thích nghi tại nhà



D. Giai đoạn sống sót

- Các giai đoạn chăm sóc y tế và phục hồi chức năng là ngắn so với phần đời còn lại của họ.
- Hầu hết cho thấy sự phục hồi trong chức năng vận động, kỹ năng tự chăm sóc.
- **Các vấn đề về nhận thức, hành vi và cảm xúc vẫn tồn tại.**



D. Giai đoạn sống sót

Chiến lược can thiệp

- ✓ Đề xuất một kế hoạch chăm sóc cho cuộc sống hiện tại và dài hạn
- ✓ Thúc đẩy các nguồn lực chuyên tuyến có thể để hòa nhập cộng đồng
- ✓ Thiết lập mối quan hệ trị liệu với bệnh nhân và gia đình sẽ khiến họ muốn quay lại với bạn để được giúp đỡ
- ✓ Cho bệnh nhân xuất viện với các kế hoạch theo dõi và thông tin rõ ràng về các tình huống có thể xảy ra trong tương lai, có khả năng làm cho họ phải quay lại các sử dụng các dịch vụ hoạt động trị liệu



