

BỘ Y TẾ

**HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU
TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
CHO NGƯỜI BỆNH
CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO**

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

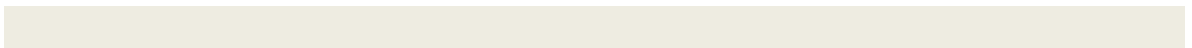
(Tài liệu Hướng dẫn về Hoạt động trị liệu)

Hà Nội, năm 2018

Tài liệu này được xây dựng với sự hỗ trợ của USAID trong khuôn khổ dự án “Tăng cường Chăm sóc Y tế và Đào tạo Phục hồi chức năng” do tổ chức Humanity & Inclusion thực hiện

MỤC LỤC

Danh mục chữ viết tắt	4
1. Giới thiệu	5
1.1. Sự cần thiết phải có các Tài liệu Hướng dẫn	5
1.2. Đối tượng sử dụng tài liệu hướng dẫn	6
1.3. Mục tiêu của tài liệu hướng dẫn.....	6
1.4. Mục đích	6
1.5. Mức độ bằng chứng	7
1.7. Định nghĩa CTSN	7
1.8. Dịch tễ học về CTSN	8
1.9. Phòng ngừa CTSN	8
1.10. Hồi phục sau CTSN	9
1.9. Hoạt động trị liệu là gì?	9
2. Lộ trình và Nguyên tắc Phục hồi Chức năng	11
2.1. Giới thiệu	11
2.2. Quy trình phục hồi chức năng.....	12
2.3. ICF	12
2.4. Chăm sóc, điều trị lấy người bệnh và gia đình làm trung tâm.....	13
2.5. Phương pháp tiếp cận đa chuyên ngành	15
2.6. Cường độ và thời lượng phục hồi chức năng hoạt động trị liệu	16
2.7. Lượng giá nguy cơ và can thiệp.....	16
2.8. Báo cáo	17
3. Quy trình Phục hồi Chức năng.....	18
3.1. Lượng giá hoạt động trị liệu	18
3.2. Đặt mục tiêu và lên kế hoạch trị liệu	30
3.3. Can thiệp hoạt động trị liệu.....	30
Tài liệu Tham khảo.....	43
Phụ lục	45



Danh mục chữ viết tắt

ACE-III	Addenbrooke's Cognitive Examination Bài Kiểm tra Nhận thức Của Addenbrooke
ADL	Activities of Daily Living Các Hoạt động Sinh hoạt Hàng ngày
COPM	Canadian Occupational Performance Measure Công cụ Đánh giá Sự Thực hiện Hoạt động Của Canada
FIM	Functional Independence Measure Đo lường Mức độ Độc lập Theo Chức năng
GAS	Goal Attainment Scale Thang điểm Đạt Mục tiêu
GCS	Glasgow coma scale Thang điểm hôn mê Glasgow
ICF	International classification of functioning, disability and health Sự phân loại quốc tế về chức năng, khuyết tật và sức khỏe
KPI	Key performance indicator Chỉ số đánh giá khả năng thực hiện
LOC	Loss of consciousness Mất ý thức
MDT	Multidisciplinary Team Đội ngũ Đa Chuyên ngành
MMT	Manual muscle test Thử cơ bằng tay
MoCA	Montreal cognitive assessment Thang đánh giá nhận thức Montreal
MTBI	Mild traumatic brain injury Chấn thương sọ não nhẹ
OT	Occupational Therapist Kỹ thuật viên Hoạt động Trị liệu
PDOC	Prolonged disorder of consciousness Rối loạn ý thức kéo dài
PT	Physiotherapist Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu
PTA	Post Traumatic Amnesia Quên Sau Chấn Thương
ROM	Range of motion Tầm vận động
TBI	Traumatic brain injury Chấn thương sọ não
SLT	Speech and Language Therapist Chuyên viên Ngôn ngữ Trị liệu
WHO	World health organisation Tổ chức y tế thế giới

1. Giới thiệu

1.1. Sự cần thiết phải có các Tài liệu Hướng dẫn

Hiện nay nhu cầu phục hồi chức năng sau chấn thương sọ não (CTSN) đang rất lớn. Phần lớn người bệnh sống sót sau CTSN được cho xuất viện về nhà và không được phục hồi chức năng một cách thích hợp. Các đơn vị chăm sóc tích cực (ICU) thường bị quá tải, đặc biệt là với những người bệnh sống sót sau CTSN nhưng vẫn còn bị các tình trạng rối loạn ý thức kéo dài. Một số người bệnh phải xuất viện do tình trạng tài chính.¹

Một trong những mục tiêu của Bộ Y tế (BYT) là “Củng cố, phát triển mạng lưới cơ sở phục hồi chức năng và nâng cao chất lượng dịch vụ phục hồi chức năng; tăng cường phòng ngừa khuyết tật, phát hiện sớm, can thiệp sớm và cải thiện chất lượng cuộc sống của người khuyết tật về mọi mặt để người khuyết tật được hòa nhập và tham gia bình đẳng vào các hoạt động trong xã hội, phát huy tối đa năng lực của người khuyết tật.” (BYT, 2014)

Với quan điểm này, hướng dẫn để hiện thực hoá mong muốn cải thiện các dịch vụ phục hồi chức năng là rất cần thiết. Hiện tại đã có các hướng dẫn chăm sóc phục hồi chức năng cho các tình trạng bệnh lý và chấn thương thường gặp ở Việt Nam và đã được Bộ Y tế thông qua vào năm 2014. Các hướng dẫn này gồm hai tài liệu chính:

- "Hướng dẫn Chẩn đoán, Điều trị Phục hồi chức năng" mô tả các yêu cầu và thủ tục phải tuân theo liên quan đến chẩn đoán, chăm sóc và theo dõi phục hồi chức năng, và
- "Hướng dẫn Quy trình Kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng", mô tả các kỹ thuật phục hồi chức năng hiện có cũng như các lĩnh vực áp dụng, chỉ định, chống chỉ định và các kết quả mong đợi.

Bộ Y tế cũng đã ban hành những tài liệu hướng dẫn như vậy cho ‘CTSN’. Những tài liệu này của BYT tạo nên một nền tảng tương đối vững chắc để xây dựng bổ sung các Hướng dẫn Chung và Hướng dẫn Chuyên ngành mới nhất, dựa trên các kết quả nghiên cứu mới và phù hợp với các hướng dẫn phục hồi chức năng dựa trên bằng chứng của quốc tế, vừa thích ứng với hoàn cảnh của Việt Nam.

Một nhóm gồm nhiều chuyên gia trong nước và quốc tế đã tham gia vào việc xây dựng các Hướng dẫn Chung và Chuyên ngành cập nhật cho người bệnh CTSN.

Hướng dẫn về Hoạt động Trị liệu cho CTSN này đưa ra những khuyến cáo và hướng dẫn chung về hình thức cung cấp dịch vụ phục hồi chức năng cũng như các khuyến cáo "cắt ngang" về các yêu cầu hệ thống tổ chức, chăm sóc đa chuyên ngành và toàn diện, chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, lộ trình chăm sóc, điều trị và giới thiệu chuyển

¹Hội thảo hướng dẫn CTSN, Hà Nội, tháng 02 năm 2017

tuyến, hỗ trợ và tham gia của gia đình, xuất viện và theo dõi sau khi xuất viện, tái hòa nhập cộng đồng và tham gia vào xã hội.

1.2. Đối tượng sử dụng tài liệu hướng dẫn

Tài liệu hướng dẫn này chủ yếu là một nguồn công cụ và tư liệu thiết thực cho Kỹ thuật viên Hoạt động Trị liệu phục hồi chức năng cho người bệnh CTSN.

Tài liệu hướng dẫn cũng có ích đối với những chuyên gia khác quan tâm đến vấn đề phục hồi chức năng CTSN bao gồm bác sĩ, bác sĩ thần kinh, bác sĩ phục hồi chức năng, điều dưỡng, kỹ thuật viên Vật lý trị liệu, chuyên viên ngôn ngữ trị liệu, chuyên gia dinh dưỡng, chuyên viên dụng cụ chỉnh hình, dược sĩ, chuyên gia tâm lý, chuyên gia về y tế công cộng, nhân viên công tác xã hội và nhân viên cộng đồng và người bệnh CTSN và gia đình, người chăm sóc của họ.

1.3. Mục tiêu của tài liệu hướng dẫn

Tài liệu nhằm hướng dẫn cách xử trí và phục hồi chức năng cho người bệnh Việt Nam bị CTSN. Tài liệu không mang tính chỉ định. Nó trình bày nhiều ý tưởng khác nhau về cách xử trí nhưng tùy thuộc vào hoàn cảnh cụ thể, không nhất thiết phải thực hiện tất cả hoạt động. Trong một số trường hợp, người sử dụng tài liệu hướng dẫn nên điều chỉnh hoạt động cho phù hợp với hoàn cảnh cụ thể.

Không chỉ là một nguồn tư liệu thiết thực, tài liệu hướng dẫn này còn là một công cụ giáo dục nhằm giúp đội ngũ nhân viên y tế và quần chúng hiểu về các yếu tố cần thiết để mang lại hiệu quả cao trong phục hồi chức năng CTSN.

Tài liệu cũng có thể là một công cụ để nâng cao ý thức của đội ngũ nhân viên về vai trò và chức năng của những người tham gia vào quá trình phục hồi chức năng cho người bệnh CTSN. Có thể đơn giản hóa nội dung của tài liệu cho phù hợp với nhân viên có trình độ đào tạo thấp và cho bản thân người bệnh CTSN và người nhà của họ.

Cuối cùng, bộ tài liệu có thể giúp làm cầu nối giữa dịch vụ cấp tính và dịch vụ phục hồi chức năng, đặc biệt để hướng dẫn cách giới thiệu người bệnh đến các chuyên khoa khác và cách giao tiếp giữa hai bên. Tài liệu cũng có thể nêu bật những lỗ hổng và nhu cầu về nguồn nhân lực cụ thể (ví dụ: kỹ thuật viên hoạt động trị liệu (KTV HĐTL) và chuyên viên ngôn ngữ trị liệu (CV NNLT) có đủ tư cách hành nghề cũng như đưa ra khuyến nghị về mục tiêu trong 5-10 năm tới về cách cải thiện công tác phòng ngừa nguyên phát và nâng cao chất lượng dịch vụ phục hồi chức năng, bao gồm phòng ngừa CTSN thứ phát tại Việt Nam.

1.4. Mục đích

Tài liệu hướng dẫn không nhằm mục đích đưa ra tiêu chuẩn chăm sóc điều trị y khoa. Các tiêu chuẩn chăm sóc hoặc điều trị được xác định dựa trên tất cả dữ liệu lâm sàng có được

cho từng ca bệnh cụ thể và thay đổi theo sự tiến bộ của kiến thức và công nghệ khoa học và tiến trình phát triển của các hình thức chăm sóc, điều trị. Làm theo tài liệu hướng dẫn không đảm bảo thành công trong mọi trường hợp, mà người sử dụng tài liệu hướng dẫn phải đưa ra phán đoán cuối cùng về một quy trình lâm sàng hoặc kế hoạch điều trị nhất định dựa trên các dữ liệu lâm sàng mà người bệnh biểu hiện và các phương án chẩn đoán và điều trị hiện có. Tuy nhiên, nếu người sử dụng tài liệu thực hiện khác hơn nhiều so với nội dung trong tài liệu, thì nên ghi nhận đầy đủ thông tin này trong hồ sơ bệnh án của người bệnh lúc đưa ra quyết định thực hiện như vậy.

1.5. Mức độ bằng chứng

Nhóm biên soạn tài liệu hướng dẫn đã nhấn mạnh những khuyến nghị sau đây. Chúng là những khuyến nghị lâm sàng chủ chốt và nên được ưu tiên thực hiện tại Việt Nam. Mỗi khuyến nghị đều được xếp theo bậc. Các bậc thể hiện mức độ chắc chắn của bằng chứng cho từng khuyến nghị, nhưng không phản ánh tầm quan trọng về mặt lâm sàng của các khuyến nghị.

MỨC ĐỘ BẰNG CHỨNG

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

1.7. Định nghĩa CTSN

CTSN là một chấn thương não cấp tính xảy ra do hậu quả của chấn thương cơ học ở đầu do tác động vật lý của một lực bên ngoài.

(Nhóm Biên soạn Tài liệu Hướng dẫn New Zealand, 2006)

Triệu chứng chuẩn để xác định trên lâm sàng bao gồm **một** hoặc **nhều hơn một** biểu hiện sau đây:

- Lẫn lộn hoặc mất định hướng
- Mất ý thức
- Quên sau chấn thương
- Những bất thường về thần kinh khác, ví dụ như các dấu hiệu thần kinh khu trú, động kinh và/hoặc tổn thương nội sọ.

Những biểu hiện này của CTSN không phải do ma túy, rượu bia hay thuốc, cũng không phải do những chấn thương khác hay việc điều trị những chấn thương khác gây ra (ví dụ: chấn thương hệ thống, chấn thương vùng mặt hoặc do đặt ống), hay do các vấn đề khác gây ra (ví dụ: sang chấn tâm lý, rào cản ngôn ngữ hoặc những tình trạng y khoa đi kèm khác).

CTSN có thể xảy ra khi có chấn thương đâm xuyên qua sọ nhưng trong trường hợp này, các khiếm khuyết thần kinh khu trú thường quan trọng hơn yếu tố lan tỏa khác.

1.8. Dịch tễ học về CTSN

Khó xác định chính xác số người bị CTSN do tình hình khó khăn chung khi mã hóa những tình trạng bệnh như vậy tại các bệnh viện. Nhiều người bị CTSN nhẹ thường không đi khám. Hiện nay, ta chưa thể xác định được trong số những người đến Khoa Cấp cứu hoặc khám bác sĩ đa khoa trong tình trạng chấn thương thuộc mã chấn thương đầu, thì bao nhiêu người thật sự bị CTSN (Nhóm Biên soạn Tài liệu Hướng dẫn New Zealand, 2006). Bài tổng quan hệ thống y văn của WHO Collaborating Centre Task Force về Chấn Thương Sọ Não Nhẹ kết luận rằng tỷ lệ CTSN nhẹ dựa trên dân số ‘thực tế’ là hơn 600 ca trong mỗi 100.000 ca mỗi năm (Cassidy JD et al, 2004). Tỷ lệ này tương đương với con số hơn 560.000 ca mỗi năm tại Việt Nam.

Theo ước đoán, thương tích do tai nạn giao thông đường bộ là nguyên nhân tử vong cao thứ tám trên toàn cầu (khoảng 1.24 triệu người thiệt mạng trên thế giới mỗi năm do tai nạn giao thông đường bộ), có phạm vi ảnh hưởng bằng với nhiều bệnh truyền nhiễm, ví dụ như sốt rét (WHO, 2013). Theo Tổ chức Y tế Thế giới WHO, thương tích do tai nạn giao thông đường bộ tại Việt Nam (4.1%) là nguyên nhân tử vong cao thứ tư hàng năm, khiến hơn 21.000 người thiệt mạng trong năm 2012. (WHO, 2015)

Chấn thương sọ não là một trong những nguyên nhân chủ yếu gây chết não tại các đơn vị chăm sóc tích cực và nguyên nhân chủ yếu gây ra CTSN nặng là tai nạn giao thông đường bộ (tai nạn xe máy) và ngã từ trên cao. (Rzheutskaya, 2012).

Theo Peden et al, hiện nay thương tích do tai nạn giao thông đường bộ tại Việt Nam là nguyên nhân hàng đầu gây ra thương tích chết người và chấn thương không tử vong. Xe máy chiếm khoảng 95% tổng lượng xe cộ tại Việt Nam và vì vậy người điều khiển xe máy tại Việt Nam có nguy cơ cao nhất bị thương tích do tai nạn giao thông đường bộ. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, chấn thương sọ não (CTSN) là nguyên nhân chủ yếu gây ra thương tích chết người và chấn thương không tử vong cho người điều khiển xe máy tại Việt Nam. Việt Nam chưa có số liệu dịch tễ cộng đồng hay số liệu tại bệnh viện về CTSN ở người điều khiển xe máy. Tuy nhiên, có khả năng gánh nặng mà CTSN gây ra cho Việt Nam là khá đáng kể, do thực trạng người dân rất ít khi sử dụng mũ bảo hiểm xe máy và xe máy là phương tiện giao thông chiếm ưu thế tại Việt Nam (Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, Mathers C, 2004).

1.9. Phòng ngừa CTSN

Bắt buộc đội mũ bảo hiểm xe máy được xem là phương pháp tiếp cận hiệu quả nhất để phòng ngừa CTSN ở người điều khiển xe máy tại các quốc gia phát triển cũng như đang phát triển. Đội mũ bảo hiểm giúp giảm bớt tỷ lệ mắc, mức độ nghiêm trọng và tỷ lệ tử vong của CTSN do tai nạn xe máy, giảm từ 20% đến 45% tỷ lệ chấn thương đầu nghiêm

trọng và chết người (Servadei F, Begliomini C, Gardini E, Giustini M, Taggi F, Kraus J. 2003). Mặc dù số người đội mũ bảo hiểm tại Việt Nam đã tăng đều trong thập kỷ qua, nhưng không phải mũ bảo hiểm nào cũng có chất lượng tốt và không phải ai cũng đội mũ đúng cách.

1.10. Hồi phục sau CTSN

Hồi phục thần kinh sau CTSN có thể diễn ra trong một khoảng thời gian kéo dài nhiều tháng hoặc nhiều năm.

Nguyên tắc cơ sở trong dịch vụ phục hồi chức năng là nhận thức được rằng những người khác nhau cần các phương pháp chăm sóc hoặc điều trị khác nhau ở những giai đoạn khác nhau trong quá trình hồi phục của họ, và đôi khi họ cần được hỗ trợ suốt đời.

Người chăm sóc cho người bệnh CTSN nặng có thể cũng cần được hỗ trợ trong thời gian dài.

1.9. Hoạt động trị liệu là gì?

1.9.1. Định nghĩa

Hoạt động trị liệu là một chuyên ngành y tế lấy khách hàng làm trung tâm. Chuyên ngành này chú trọng vấn đề nâng cao sức khỏe và tinh thần khỏe mạnh thông qua hoạt động. Mục tiêu chủ yếu của hoạt động trị liệu là giúp người bệnh có thể tham gia các hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Kỹ thuật viên hoạt động trị liệu đạt được điều này bằng cách làm việc với người bệnh và cộng đồng để nâng cao khả năng tham gia các hoạt động mà họ muốn thực hiện, có nhu cầu thực hiện, hoặc người khác mong đợi họ thực hiện, hoặc bằng cách điều chỉnh hoạt động hoặc môi trường để hỗ trợ họ tham gia hoạt động tốt hơn.(WFOT, 2012)

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

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

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

KTV HĐTL làm việc với người bệnh CTSN để tối ưu hóa khả năng tham gia và sự độc lập của họ trong toàn bộ hoạt động sinh hoạt hàng ngày (bao gồm các hoạt động tự chăm sóc ví dụ như tắm rửa, mặc quần áo và ăn uống, ngoài ra còn có các hoạt động vui chơi giải trí

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

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

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

2. Lộ trình và Nguyên tắc Phục hồi Chức năng

2.1. Giới thiệu

Tổ chức Y tế Thế giới WHO mô tả phục hồi chức năng là “một tập hợp biện pháp hỗ trợ những người đang bị khuyết tật hoặc có khả năng bị khuyết tật [do hậu quả của một khiếm khuyết nào đó, bất kể khiếm khuyết xảy ra khi nào (bẩm sinh, sớm hay muộn)] để người đó đạt được và duy trì chức năng hoạt động tối ưu khi tương tác với môi trường của họ”. “Các biện pháp phục hồi chức năng hướng đến chức năng và cấu trúc cơ thể, hoạt động và sự tham gia, các yếu tố môi trường, và các yếu tố cá nhân.” (WHO, 2011)

Phục hồi chức năng có thể bao gồm nhiều hoạt động khác nhau trong những lĩnh vực khác nhau. Trong ngành y, phục hồi chức năng hướng đến xử trí các tình trạng và khiếm khuyết mạn tính hay kéo dài, với mục tiêu đảo ngược hoặc hạn chế tác động của những khiếm khuyết đó. Dịch vụ phục hồi chức năng có thể bao gồm ngôn ngữ trị liệu, Vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, dịch vụ cung cấp dụng cụ trợ giúp, và phẫu thuật đặc biệt để chỉnh sửa dị tật và những loại khiếm khuyết khác.

Phục hồi chức năng bao gồm các lĩnh vực chủ yếu sau:

- Sàng lọc và lượng giá đa chuyên ngành
- Xác định những khó khăn về mặt chức năng và mức độ nghiêm trọng
- Thiết lập mục tiêu để lên kế hoạch điều trị
- Tiến hành các phương pháp can thiệp có thể nhằm tạo ra sự thay đổi hoặc nhằm hỗ trợ người bệnh kiểm soát những thay đổi dài hạn do khuyết tật
- Đánh giá hiệu quả của phương pháp can thiệp
- Báo cáo

Phục hồi chức năng CTSN là vấn đề khó khăn và phức tạp. Mục tiêu của phục hồi chức năng thể chất là nhằm hỗ trợ khôi phục chức năng hoạt động bình thường càng nhiều càng tốt, và đưa ra các chiến lược bù trừ để giảm thiểu tác động xấu của những triệu chứng kéo dài dai dẳng, tức là gia tăng sự độc lập bằng cách tạo thuận cho khả năng kiểm soát vận động và kỹ năng vận động. Có nhiều bằng chứng rõ ràng chứng minh hiệu quả của phương pháp tiếp cận này trong việc cải thiện mức độ độc lập theo chức năng.

Phục hồi chức năng cho người bệnh CTSN lâm sàng nặng có thể khác so với phục hồi chức năng nói chung do ảnh hưởng của các khiếm khuyết chức năng điều hành trong quá trình phục hồi chức năng. Khiếm khuyết chức năng điều hành đề cập đến những hạn chế đi kèm với tổn thương chủ yếu ở thùy trán và ảnh hưởng đến khả năng tập trung chú ý, khởi tạo và định hướng mục tiêu, phán đoán và nhận cảm, học tập và trí nhớ, tốc độ xử lý thông tin và giao tiếp và những kỹ năng nhận thức khác, ví dụ như lên kế hoạch và sắp xếp, tổ chức. Phục hồi chức năng phải xử trí nhiều vấn đề mà người bệnh CTSN gặp phải, bao gồm:

- Người bệnh có quan điểm sai lệch về thể giới của họ và cách họ tự đánh giá bản thân. Tình trạng này có thể biểu hiện dưới hình thức người bệnh lẩn lộn về khả năng bị hạn chế của bản thân, không nhận thức được khiếm khuyết, chối bỏ những ảnh hưởng của chấn thương hoặc biểu hiện kết hợp các tình trạng trên
- Người bệnh mệt mỏi về thể chất và nhận thức, thường đi kèm với CTSN.
- Người bệnh có thể bồn chồn không yên, dễ mất tập trung, lên kế hoạch kém hoặc nói nhiều một cách bất thường. Tâm trạng của họ có thể bị kích thích quá mức và họ dễ khóc hoặc dễ cười. Người bệnh có thể hay tranh cãi, khó thuyết phục và có thể phủ nhận sự mệt mỏi.

2.2. Quy trình phục hồi chức năng

Phương pháp tiếp cận phục hồi chức năng truyền thống đi theo một quy trình:

2.2.1. Lượng giá

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

2.2.2. Thiết lập mục tiêu

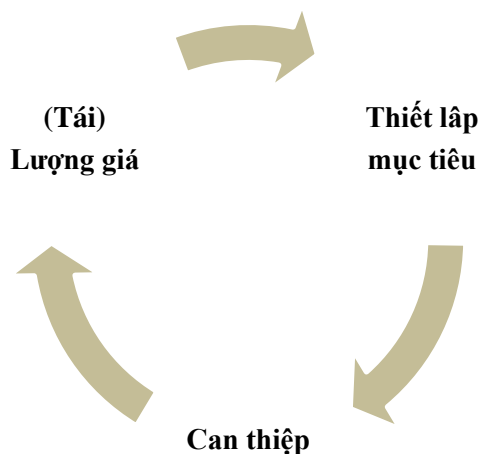
- Trên cơ sở lượng giá, xác định các mục tiêu phục hồi chức năng của người bệnh. Các mục tiêu có thể là ngắn hạn, trung hạn và dài hạn
- Đề ra một kế hoạch để đạt được những mục tiêu này

2.2.3. Can thiệp

- Điều trị tương ứng để đạt được các mục tiêu;

2.2.4. Tái lượng giá

- Lượng giá tiến triển của người bệnh để xem phương pháp can thiệp có hiệu quả trong việc đạt được các mục tiêu đã thống nhất hay không. Nếu không thì có thể xem xét lại các mục tiêu và phương pháp can thiệp.

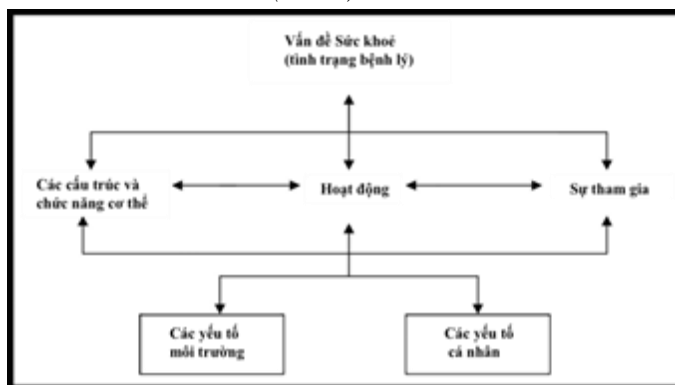


2.3. ICF

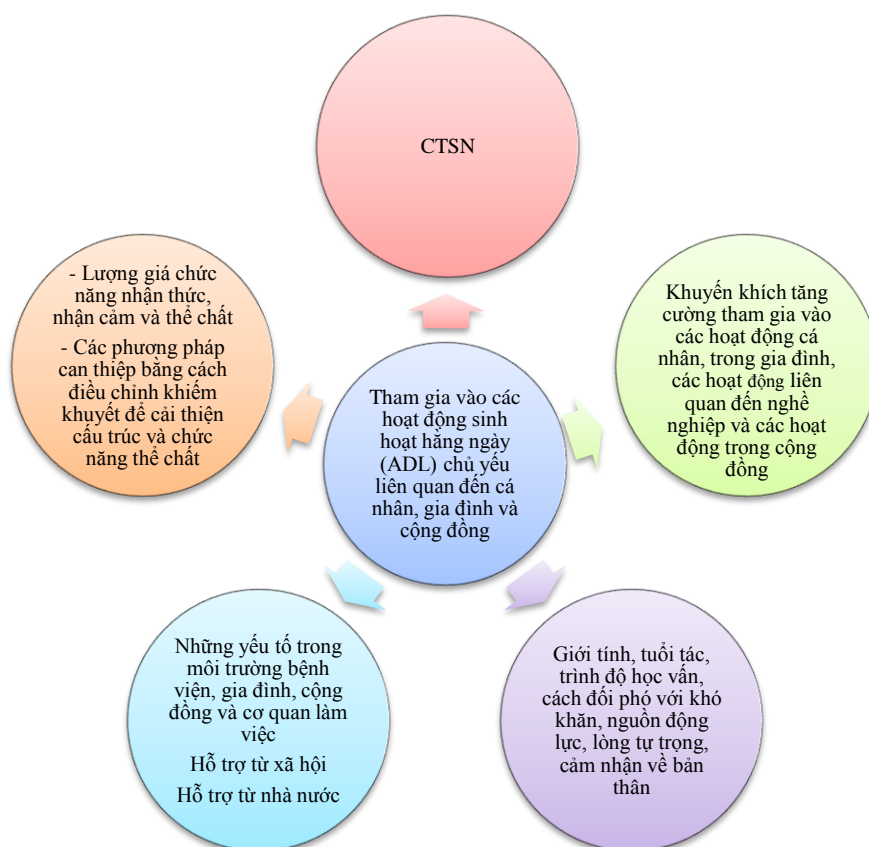
Phục hồi chức năng có thể được tóm gọn lại bằng mô hình ICF (Sự Phân loại Quốc tế về Chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe) do Tổ chức Y tế Thế giới WHO xây dựng (2001). Mô hình ICF đưa ra khái niệm rằng mức độ chức năng của một người là một mối tương tác động giữa tình trạng sức khỏe của người đó với các yếu tố môi trường và các yếu tố cá nhân. Đây là một mô hình sinh lý-tâm lý-xã hội, dựa trên sự kết hợp các mô hình xã hội và

y học về khuyết tật. Tất cả các thành phần của khuyết tật đều quan trọng và bất kỳ thành phần nào cũng có thể tương tác với thành phần khác. Cần phải xem xét các yếu tố môi trường vì chúng ảnh hưởng đến các thành phần khác và có thể cần phải thay đổi chúng.

WHO (2001). Mô hình ICF



Một biểu đồ cải biên từ mô hình Sự Phân loại Quốc tế về Chức năng (International Classification of Functioning – ICF) (WHO, 2001) minh họa cách áp dụng những nguyên tắc phục hồi chức năng Hoạt động Trị liệu (HĐTL) khi chăm sóc và điều trị CTSN như sau:



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

Thực hành cung cấp dịch vụ tốt nhất khi làm việc với người bệnh CTSN và gia đình của họ là theo phương pháp lấy người bệnh và gia đình làm trung tâm.

Khi điều trị và chăm sóc, nên cân nhắc đến nhu cầu, sở thích và nguyện vọng cá nhân của người bệnh. Người bệnh nên có cơ hội quyết định sau khi đã am hiểu mọi thông tin về quá trình chăm sóc và điều trị của họ, và làm việc với chuyên gia y tế của họ như một đối tác. Nếu người bệnh đồng ý, thì người nhà và người chăm sóc nên có cơ hội cùng tham gia

quyết định quá trình điều trị và chăm sóc. Người nhà và người chăm sóc cũng nên nhận được những thông tin và sự giúp đỡ mà họ cần (NICE, 2014)

Phương pháp tiếp cận lấy người bệnh làm trung tâm nên là nền tảng của quá trình đặt mục tiêu. Mục tiêu sẽ dễ đạt được hơn nếu người bệnh tham gia vào quá trình thiết lập mục tiêu. Ngoài ra, cũng có bằng chứng cho thấy quá trình đặt mục tiêu như vậy có giá trị trị liệu tích cực và khuyến khích người bệnh đạt được mục tiêu của họ. (Hurn et al, 2006)

Sự chăm sóc, điều trị lấy người bệnh làm trung tâm đặt người bệnh ở vị trí trung tâm và nhấn mạnh việc tạo dựng mối quan hệ đối tác với người bệnh CTSN và gia đình của họ. Trong đó, họ là những thành viên được xem trọng của đội ngũ phục hồi chức năng. Phương pháp tiếp cận này nhấn mạnh bốn điểm:

- Mỗi cá nhân là duy nhất
- Mỗi cá nhân đều là chuyên gia trong cuộc đời của bản thân họ
- Mối quan hệ đối tác là chìa khóa thành công
- Tập trung vào điểm mạnh của cá nhân

Sự chăm sóc, điều trị lấy người bệnh làm trung tâm trao quyền và sự kiểm soát cho người bệnh và gia đình của họ. Phương pháp tiếp cận này giúp điều chỉnh cách ta hỗ trợ người bệnh để họ đạt được mục tiêu và tương lai và hướng đến tham gia vào xã hội, đảm nhận những vai trò được người khác xem trọng, và tham gia trong cộng đồng.

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

Khuyến nghị:

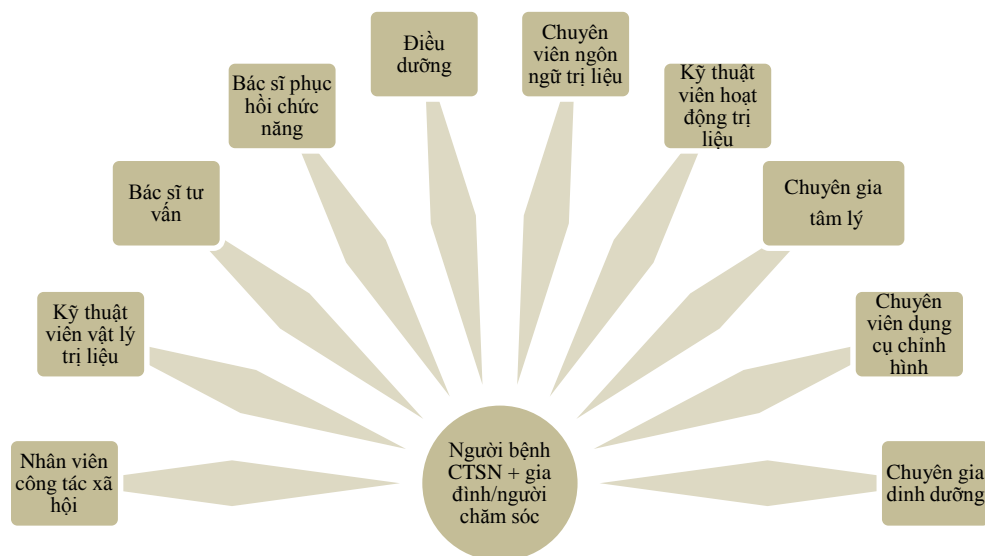
> Dịch vụ phục hồi chức năng nên tuân theo triết lý chăm sóc, điều trị lấy người bệnh làm trung tâm và lấy gia đình làm trung tâm

2.5. Phương pháp tiếp cận đa chuyên ngành

Một khía cạnh trung tâm trong phục hồi chức năng CTSN là có được một đội ngũ đa chuyên ngành phối hợp tốt với nhau. Có thể đạt được điều này bằng cách có một đội ngũ đa ngành gồm các chuyên gia y tế được chuyên môn hóa^[A].

Đội ngũ này kết hợp áp dụng những kỹ năng về y học, điều dưỡng và các ngành liên quan đến sức khỏe và có thể bao gồm các dịch vụ xã hội, giáo dục và dạy nghề nhằm lượng giá, điều trị, tái lượng giá đều đặn cho người bệnh, lên kế hoạch xuất viện và theo dõi về sau. Thành viên trong đội ngũ cần đáp ứng các điều sau:

- Thường xuyên họp đội ngũ đa chuyên ngành và thảo luận trường hợp bệnh để khuyến khích phối hợp và cập nhật thông tin
- Đảm bảo tài liệu ghi chép rõ ràng về việc chăm sóc, điều trị cụ thể cho người bệnh CTSN và mọi thành viên trong đội ngũ đều có thể tiếp cận được tài liệu
- Liên kết cụ thể với các chuyên gia khác, thầy cô giáo, người bệnh CTSN và gia đình/người chăm sóc
- Thiết lập và đáp ứng các mục tiêu thích hợp
- Hỗ trợ người bệnh CTSN và gia đình/người chăm sóc bằng cách khuyến khích họ tham gia vào tất cả khía cạnh của quá trình chăm sóc
- Liên kết với các chuyên gia y tế khác qua các mạng lưới và tập huấn chuyên sâu về điều trị CTSN



Phương pháp tiếp cận theo đội ngũ đa chuyên ngành sử dụng kỹ năng và kinh nghiệm của những chuyên gia từ các chuyên ngành khác nhau, và mỗi chuyên ngành đều tiếp cận người bệnh theo quan điểm của riêng họ trong các buổi khám, tư vấn riêng.

Phương pháp tiếp cận theo đội ngũ liên chuyên ngành tích hợp các phương pháp tiếp cận riêng lẻ của mỗi chuyên ngành vào trong một buổi tư vấn và điều trị. Có nghĩa là quá trình

thu thập thông tin bệnh sử của người bệnh, lượng giá, chẩn đoán, can thiệp và các mục tiêu xử trí trong ngắn hạn và dài hạn lúc nào cũng được thực hiện theo nhóm cùng với người bệnh, tại cùng một thời điểm. Người bệnh tham gia mật thiết vào các cuộc thảo luận liên quan đến tình trạng bệnh hoặc tiên lượng và kế hoạch chăm sóc, điều trị của họ. (Jessup, 2007)

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

Quá trình phục hồi chức năng nên bắt đầu càng sớm càng tốt (ít nhất trong vòng 72 giờ) sau CTSN^[A]. Bác sĩ phục hồi chức năng nên hướng dẫn kỹ thuật viên hoạt động trị liệu khi nào là an toàn và có thể bắt đầu lượng giá. Điều này có thể xảy ra rất sớm, trong vòng một vài giờ sau khi bị chấn thương, đặc biệt đối với những người bệnh quên sau chấn thương (PTA).

Để có kết quả tốt nhất, đội ngũ đa ngành được chuyên môn hóa nên tiến hành phục hồi chức năng với cường độ cao hơn kèm theo can thiệp sớm^[B].

Đối với những người bệnh không ngừng cải thiện về mặt chức năng và có khả năng tham gia, nên cân nhắc tăng cường phục hồi chức năng với mục tiêu trị liệu 45 phút mỗi ngày ít nhất năm ngày mỗi tuần^[GPP].

2.7. Lượng giá nguy cơ và can thiệp

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

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

- Định hướng nhận thức (thời gian, nơi chốn và con người)
- Khi có chỉ định và có thể thực hiện, KTV HĐTL sẽ thực hiện bài A-WPTAS để sàng lọc về quên sau chấn thương (PTA) trong vòng 24 giờ sau khi bị chấn thương
- Sự hung hăng và bốc đồng
- Tư thế, cách di chuyển, dịch chuyển và cách đặt tay để di chuyển, dịch chuyển người bệnh
- Té ngã: tốt nhất nên để KTV VLTL thực hiện bài lượng giá được chuẩn hóa trong khi KTV HĐTL có thể lượng giá nguy cơ té ngã khi thực hiện các hoạt động theo chức năng ví dụ như đi vệ sinh và tắm rửa
- Nuốt (giao tiếp với đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) để nắm thông tin về chức năng nuốt): KTV HĐTL có thể xem xét nguy cơ hít sặc liên quan đến tư thế của người bệnh khi ăn uống
- Dịch chuyển theo chức năng: bồn vệ sinh, ghế, xe lăn, giường
- Nguy cơ loét do tỳ đè (bao gồm trạng thái tiêu tiểu tự chủ): Điều dưỡng có thể sử dụng bài lượng giá được chuẩn hóa như thang Braden. KTV HĐTL phải lượng giá nguy cơ trong cách đặt tư thế, dịch chuyển, chuyển thể và lực trượt, giữ vệ sinh/vấn

đề tiêu tiêu tự chủ, nhu cầu sử dụng thiết bị, dụng cụ chuyên dụng như nệm và ghế ngồi.

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

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

2.8. Báo cáo

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

3. Quy trình Phục hồi Chức năng

3.1. Lượng giá hoạt động trị liệu

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

Lưu ý: Lượng giá người bệnh không có lời nói/thất ngôn^[GPP]

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

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

3.1.1. Lượng giá cấp tính

(I) Sàng lọc và lượng giá quên sau chấn thương

Bằng chứng cho thấy rằng kiểm tra quên sau chấn thương là một yếu tố dự đoán quan trọng về khiếm khuyết trí tuệ của người bệnh sau chấn thương sọ não⁷.

Quên sau chấn thương (PTA) là khoảng thời gian sau khi mất ý thức và/hoặc va chạm mạnh vào đầu, khi người bệnh đã có ý thức và tỉnh táo, nhưng hành xử hoặc ăn nói một cách kỳ quái hoặc không giống họ.

Người bệnh không có trí nhớ liên tục về những sự kiện diễn ra hàng ngày, và những sự kiện diễn ra gần đây cũng có thể bị ảnh hưởng tương tự, khiến họ không thể nhớ những gì đã xảy ra cách đó vài giờ hoặc vài phút.

Quên sau chấn thương (PTA) có thể kéo dài trong vài phút, vài giờ, vài ngày, vài tuần hoặc thậm chí, trong trường hợp hiếm gặp vài tháng và vì nó ảnh hưởng rất lớn đến khả năng nhận thức của người bệnh CTSN, cần lượng giá và theo dõi tình trạng này trong quá trình chăm sóc, điều trị cấp tính và lên kế hoạch phục hồi chức năng.

Hướng dẫn chung về độ nặng theo Hệ thống Phân loại Mayo cho Mức độ Nghiêm trọng của Chấn Thương Sọ Não¹⁰:

(II) CTSN vừa-nặng (TBI)

Nếu có một trong những triệu chứng sau: tử vong do CTSN này, mất ý thức từ 30 phút hoặc hơn, quên sau chấn thương từ 24 giờ hoặc hơn, điểm số thấp nhất cho Thang điểm Hôn mê Glasgow trong 24 giờ đầu tiên là <13 (trừ khi điểm số không hợp lệ do các yếu tố như say xỉn, thuốc an thần, sốc).

Ngoài ra, nếu có bằng chứng cho thấy có tình trạng máu tụ, đưng dập não, CTSN đâm xuyên qua sọ, xuất huyết, tổn thương thân não thì tình trạng CTSN này cũng được xếp vào loại CTSN Vừa-Nặng.

(III) Chấn thương sọ não nhẹ (MTBI)

Người bệnh bị chấn thương sọ não nhẹ nếu có hơn một triệu chứng sau đây: mất ý thức thoáng qua hoặc dưới 30 phút và quên sau chấn thương (PTA) không kéo dài hơn 24 giờ. Nếu người bệnh bị vỡ lún xương sọ, vỡ nền sọ, hoặc rạn xương sọ hoặc đường thẳng (màng cứng còn nguyên vẹn).

(IV) Chấn thương sọ não

Người bệnh có một hoặc nhiều hơn một triệu chứng sau: nhìn mờ, lú lẫn, choáng váng, chóng mặt, dấu hiệu thần kinh khu trú, đau đầu hoặc buồn nôn
Quên sau chấn thương (PTA) kéo dài càng lâu thì khả năng khiếm khuyết trí tuệ càng cao và khả năng người bệnh có thể lao động trở lại càng thấp.

Thang điểm Quên Sau Chấn Thương Westmead Rút gọn (Abbreviated Westmead Post Traumatic Amnesia Scale – A-WPTAS)^[A]

Mẫu phiếu Quên Sau Chấn Thương Westmead Rút gọn (A-WPTAS) được thiết kế để sử dụng chủ yếu trong môi trường chăm sóc, điều trị cấp tính. Cũng có thể sử dụng nó trong giai đoạn bán cấp để tiếp tục lượng giá người bệnh được chuyển đến từ Khoa Cấp cứu hoặc để lượng giá những người bệnh bị ngã khi đang điều trị nội trú tại bệnh viện (xem Phụ lục 3 để có ví dụ về mẫu phiếu A-WPTAS).

Tiêu chí sử dụng:

- Mẫu phiếu được sử dụng trong vòng 24 giờ sau khi bị chấn thương cho những người bệnh nghi ngờ chấn thương đầu kín hoặc có bằng chứng va chạm mạnh vào đầu
- Điểm số GCS từ 13-15 tại hiện trường hoặc lúc đến bệnh viện
- Mất ý thức (LOC) và/hoặc
- Có biểu hiện lú lẫn/mất định hướng
- Người bệnh phải có khả năng mở mắt tự phát và làm theo mệnh lệnh thì mới đạt tiêu chuẩn thực hiện bài lượng giá A-WPTAS.
- Mẫu phiếu phù hợp sử dụng cho người lớn nhưng cũng có thể sử dụng cho trẻ em ≥ 8 tuổi

Nếu người bệnh không thể đạt điểm số 18/18 sau bốn lần thực hiện (cách nhau một giờ), thì chỉ định cho người bệnh lượng giá sàng lọc quên sau chấn thương (PTA) mỗi ngày

Sàng lọc quên sau chấn thương (PTA) hàng ngày^[B]

- Nên tiến hành kiểm tra hàng ngày đến khi người bệnh CTSN có thể đạt được điểm số 12/12 trong ba ngày liên tiếp (xem Phụ lục 4 để có ví dụ về bài sàng lọc quên sau chấn thương (PTA) hàng ngày)
- Có thể kiểm tra những người bệnh thất ngôn/mất ngôn ngữ bằng cách sử dụng gợi ý thị giác
- Nên cung cấp thông tin bằng văn bản cho gia đình của người bệnh về quên sau chấn thương (PTA) và các chiến lược xử trí

Tại Việt Nam, những người bệnh không thể đạt được điểm số 12/12 khi sàng lọc quên sau chấn thương (PTA) nhưng lại có biểu hiện hoạt động chức năng tốt thường không chấp nhận tiếp tục nằm viện cho đến khi điểm số cải thiện tốt hơn; thực trạng này thường do áp lực về thời gian và tài chính.

Trong trường hợp này, KTV HDTL nên giáo dục người bệnh và gia đình/người chăm sóc về những nguy cơ khi về nhà quá sớm và đảm bảo người bệnh và gia đình/người chăm sóc của họ ra quyết định sau khi đã am hiểu vấn đề^[GPP].

KTV HDTL nên cung cấp thông tin bằng văn bản cho người bệnh và gia đình/người chăm sóc của họ về chấn thương sọ não nhẹ (MTBI) bao gồm những dấu hiệu lâm sàng cần lưu ý, cho thấy tình trạng của người bệnh đang suy giảm và cần quay lại bệnh viện gấp^[GGP].

Trong trường hợp tình trạng quên sau chấn thương của người bệnh đã khỏi (đã đạt được điểm số 12/12 trong ba ngày liên tiếp), cũng nên cung cấp thông tin bằng văn bản cho người bệnh và người nhà của họ về chấn thương sọ não nhẹ (MTBI) và sự cần thiết phải theo dõi người bệnh khi họ về nhà^[B].

3.1.2. Giai đoạn bán cấp và phục hồi chức năng

(I)Lượng giá phỏng vấn hoạt động trị liệu ban đầu

Nên thực hiện sàng lọc chung tất cả lĩnh vực chủ yếu của HDTL khi lần đầu gặp người bệnh và gia đình hoặc trong trường hợp quên sau chấn thương (PTA); nên bắt đầu lượng giá ban đầu với người bệnh ngay khi thích hợp^[GPP]. Các lĩnh vực bao gồm:

- Mong muốn của người bệnh /gia đình/người chăm sóc
- Thông tin y tế
- Hoàn cảnh xã hội
- Mức độ chức năng trước khi CTSN
- Mức độ chức năng hiện tại
- Giả thuyết ban đầu để dẫn dắt quá trình lên kế hoạch lượng giá thêm

- Lên kế hoạch cho buổi tiếp theo; Có thể xác định mục tiêu, nhưng đặt mục tiêu trị liệu trong giai đoạn này thường là quá sớm
- Buổi phỏng vấn ban đầu sẽ dẫn dắt quá trình lượng giá thêm

(II)Lượng giá chi tiết

Một bài lượng giá chi tiết, được chỉ định cho người bệnh khi quên sau chấn thương (PTA) đã hồi phục, bao gồm:

- Nhận thức
- Thị giác
- Nhận cảm
- Cảm giác
- Thăng bằng
- Chi trên
- Đau/bán trật khớp vai
- Chức năng: hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL) cá nhân, trong gia đình và cộng đồng; Khả năng giao tiếp nhu cầu tại bệnh viện; Dịch chuyển, chuyển thể và di chuyển; Sức bền khi thực hiện hoạt động và rối loạn giấc ngủ.
- Lượng giá nhà ở
- Nhu cầu ghế ngồi và xe lăn
- Lượng giá xe lăn
- Chức năng cảm xúc và các vấn đề tâm lý

Lượng giá nhận thức

>Lượng giá được chuẩn hóa

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

Những công cụ lượng giá nhận thức chuyên sâu (bằng tiếng Việt) còn hạn chế tại Việt Nam. KTV HĐTL có thể chọn áp dụng các bài lượng giá dựa trên tiếng Anh và dịch tại chỗ sang tiếng Việt khi có thể. Có thể cân nhắc sử dụng những công cụ như bài lượng giá ACE-III khi KTV HĐTL có kiến thức và kỹ năng lâm sàng để sử dụng công cụ này (xem Phụ lục 5&6 để có ví dụ về MoCA và ACE-III)^[GPP]

KTV HĐTL nên ý thức được về các mức độ nhận thức Ranchos để biết biểu hiện nhận thức của mỗi người bệnh CTSN (xem Phụ lục 7 để có ví dụ về các mức độ Ranchos)^[A]

>Lượng giá không được chuẩn hóa^[GPP]

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

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

Thị giác

KTV HĐTL có thể sàng lọc mỗi người bệnh CTSN để phát hiện khiếm khuyết thị giác mới^[C]. Các lĩnh vực lượng giá bao gồm:

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

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

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

Nhận cảm

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

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

KTV HĐTL có thể sử dụng các bài lượng giá được chuẩn hóa ví dụ như bài kiểm tra loại trừ ngôi sao hoặc vẽ đồng hồ để sàng lọc nguy cơ lãng quên/thờ ơ và khó khăn ý thức về không gian (xem phụ lục 8 & 9 để có ví dụ). Có nhiều bằng chứng ủng hộ việc sử dụng

những công cụ này cho người bệnh tai biến, tuy nhiên cũng có thể áp dụng chúng cho người bệnh CTSN^[GPP].

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

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

- *Phân biệt bên trái và bên phải* của cơ thể và môi trường. Ví dụ: người bệnh có phân biệt được bên trái cơ thể của họ so với bên phải không?
- *Liên hệ về không gian*^[GPP]:
 - KTV HĐTL có thể lượng giá khả năng nhận cảm chiều sâu và ý thức của người bệnh về vị thế của họ trong không gian so với môi trường xung quanh bằng cách quan sát hoạt động
- *Lên kế hoạch vận động / Mắt thực dụng hoặc mắt điều khiển hữu ý*^[GPP]:
 - Người bệnh có thể lên kế hoạch và thực hiện những hoạt động chi trên có ý nghĩa không? Ví dụ: pha một tách trà, chải răng?
 - Người bệnh có thể tạo ra những cử chỉ điều bộ có ý nghĩa không? Ví dụ: vẫy tay chào tạm biệt, thổi tắt diêm.

Cảm giác

>Sàng lọc và lượng giá sơ bộ

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

>Lượng giá sơ bộ

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

>Cảm thụ bản thể

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

>Cảm thụ vận động

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

>Mất nhận biết cảm giác^[GPP]

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

>Lập thể tri giác^[GPP]

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

Thăng bằng

Nên lượng giá thăng bằng theo chức năng^[GPP]. KTV HĐTL có thể lượng giá thăng bằng tĩnh và động thông qua quan sát hoạt động, ví dụ:

>Lượng giá thăng bằng tĩnh (đứng và ngồi): Người bệnh có thể ngồi ở mép giường độc lập hoặc không bị mất thăng bằng không? Người bệnh có thể đứng chải răng độc lập hoặc không bị mất thăng bằng không^[GPP]?

>Thăng bằng động (đứng và ngồi): Người bệnh có thể với tay xuống và nhặt đôi giày lên khỏi sàn nhà độc lập hoặc không bị mất thăng bằng không? Người bệnh có thể độc lập tắm rửa và hoàn thành những hoạt động tắm rửa khác trong tư thế đứng/ngồi hoặc không bị mất thăng bằng không? ^[GPP]

Lượng giá nhu cầu về ghế ngồi và xe lăn

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

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

Quá trình lượng giá nên bao gồm^[A]:

- Tư thế và cách đặt tư thế lý tưởng bao gồm những yếu tố cố định và những yếu tố điều chỉnh được²
- Xem xét vấn đề biến chứng thứ phát ví dụ như loét do tỳ đè, rút ngắn cơ và co rút²

- Tác động của trọng lực đến tư thế²
- Mức độ thực hiện theo chức năng²

Nên xem xét thêm những yếu tố khác cho mỗi người bệnh bao gồm^[A]:

- Người bệnh có thể sẽ cần xe lăn trong bao lâu
- Khả năng tự đẩy xe lăn của người bệnh
- Chức năng chi trên và chi dưới
- Người bệnh sẽ sử dụng xe lăn trong môi trường như thế nào ví dụ như khả năng di chuyển trong nhà và ngoài trời, khả năng di chuyển trong cộng đồng, người bệnh sẽ sử dụng xe lăn trên những bề mặt như thế nào
- Người bệnh sẽ sử dụng xe lăn cho những hoạt động gì ví dụ như di chuyển, ăn uống, vệ sinh cá nhân
- Sự sẵn có, giá thành và nhu cầu bảo dưỡng đối với những loại xe lăn khác nhau và những yếu tố này đáp ứng nhu cầu của mỗi người bệnh như thế nào

Lượng giá chi trên

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

>Lượng giá bán trật khớp vai

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

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

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

>Sự thuận tay

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

>Trương lực

- Nên sử dụng Thang Ashworth cải biên (MAS) để lượng giá trương lực (xem Phụ lục 10 để có ví dụ)^[A].

>Sức mạnh cơ

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

>Tâm vận động^[GPP]

Nên lượng giá tâm vận động thụ động và chủ động theo chức năng bằng cách quan sát chi trên thực hiện những hoạt động có ý nghĩa ví dụ như khả năng tự ăn uống, khả năng gội đầu, khả năng xoay chìa khóa, khả năng cài nút áo quần hoặc kéo dây kéo lên.

>Sự điều hợp^[GPP]

Quá trình sàng lọc để phát hiện những khó khăn điều hợp ở chi trên có thể bao gồm bài kiểm tra chạm ngón tay lên mũi và/hoặc đối ngón tay cái để chạm vào đầu các ngón còn lại^[C].

Nếu phát hiện có khó khăn thì nên lượng giá sự điều hợp theo chức năng. Quan sát những tác vụ và hoạt động có ý nghĩa bao gồm những hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL) cá nhân và trong gia đình tập trung vào việc sử dụng chi trên ví dụ như chải đầu, mặc quần áo và ăn uống^[GPP].

>Khả năng sử dụng theo chức năng

Những công cụ được chuẩn hóa

- Nên sử dụng bài lượng giá hộp và khối (Box and Blocks Test) để lượng giá chức năng chung của chi trên vì bài lượng giá này cho phép KTV HĐTL đo lường sự tiến bộ của người bệnh theo thời gian.
- Cũng nên sử dụng bài kiểm tra chín lỗ (Nine Hole Peg Text) để lượng giá chức năng và khả năng kiểm soát vận động tinh nói chung để đo lường sự tiến bộ của người bệnh theo thời gian (xem phụ lục 11 để có ví dụ)^[C].

Ví dụ về những bài kiểm tra được chuẩn hóa khác có ích khi đo lường sự thay đổi chức năng chi trên gồm có:

- Lượng giá Chức năng Vận động Wolf (Wolf Motor Function test – WMFT)
(http://www.midss.org/sites/default/files/wolf_motor_function_test_instructions.pdf)
 - Thử nghiệm Tìm hiểu Hoạt động Tay (Action Research Arm Test – ARAT)²
http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/action_research_arm_test.pdf

²Để biết thông tin cơ bản về ARAT, tham khảo

<http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/DispForm.aspx?ID=951>

- Lượng giá Chi trên Fugl-Meyer (Fugl-Meyer Assessment Upper Extremity – FMA-UE)

http://neurophys.gu.se/digitalAssets/1520/1520603_fma-ue-protocol-english-updated-20150311.pdf

Lượng giá không được chuẩn hóa^[GPP]

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

Lượng giá hoạt động sinh hoạt hàng ngày

Đối với mọi tác vụ chức năng, KTV HĐTL đều xem xét nhận thức, tính bốc đồng và hành vi, nhận cảm về không gian, chức năng thể chất, sức bền khi thực hiện hoạt động và rối loạn giấc ngủ. Những yếu tố này có thể ảnh hưởng đến sự tham gia và khả năng thực hiện^[A]. KTV HĐTL có thể muốn sử dụng một bài lượng giá được chuẩn hóa ví dụ như FIM hoặc Barthel để đo lường sự thay đổi theo thời gian (Xem thêm ở Phụ lục 1 và 2).

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

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

- Tự đặt tư thế và điều chỉnh tư thế đúng trên giường
- BẮC cầu để mặc quần và dịch chuyển lên trên và xuống dưới trên giường
- Lăn trở người sang trái và phải
- Chuyển từ nằm sang ngồi
- Dịch chuyển từ ngồi dậy trên giường sang ngồi ở mép giường
- Lượng giá xem nếu cho người bệnh sử dụng dụng cụ thích nghi để cải thiện khả năng dịch chuyển trên giường thì sẽ có ích hay không ví dụ như sử dụng thanh vịn gắn giường hoặc đệm nâng đỡ thêm để cải thiện tư thế

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

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

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

>Hoạt động sinh hoạt hàng ngày cá nhân

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

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

>Hoạt động sinh hoạt hàng ngày trong gia đình

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

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

>Hoạt động sinh hoạt hàng ngày trong cộng đồng

KTV HĐTL làm việc trong khoa nội trú nên thực hiện lượng giá cộng đồng khi (1) Có chỉ định lượng giá cộng đồng và (2) Cảm nhận thấy có nguy cơ trước mắt về vấn đề an toàn cho người bệnh /gia đình, đặc biệt khi người bệnh sắp được xuất viện về nhà^[A]. Quá trình lượng giá có thể bao gồm các vấn đề:

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

Lượng giá nhà ở

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

Trước khi người bệnh xuất viện về nhà, phương pháp thực hành tốt nhất trên quốc tế hiện nay ủng hộ phương án KTV HĐTL đến thăm nhà ở của người bệnh và gia đình. Tuy nhiên,

hiện nay Việt Nam còn thiếu nguồn nhân lực được đào tạo để đến lượng giá nhà ở của người bệnh.

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

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

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

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

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

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

KTV HĐTL có thể đưa ra khuyến nghị về dụng cụ trợ giúp và cách điều chỉnh các vật dụng cần thiết nhằm nâng cao chức năng của người bệnh trong môi trường nhà ở ngay sau khi lượng giá. Điều này giúp gia đình có thời gian chuẩn bị nhà cửa trước khi người bệnh xuất viện về nhà (xem phần Khuyến nghị trong tài liệu hướng dẫn để biết thêm chi tiết về cách điều chỉnh và xử trí môi trường nhà ở khi người bệnh về nhà).

Chức năng cảm xúc và các vấn đề tâm lý

- Nên cân nhắc những vấn đề liên quan đến việc thích nghi với bệnh tật/khuyết tật và cảm nhận của người bệnh về bản thân họ trong bối cảnh tuổi tác, giới tính, tình dục, gia đình và các mối quan hệ^[C];

- Có khả năng người bệnh sẽ trải qua những thay đổi đáng kể về tâm trạng và khả năng kiểm soát hành vi do CTSN và vì vậy, nên cân nhắc cách tiếp cận theo đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) để lượng giá và can thiệp theo phương pháp lấy người bệnh làm trung tâm nhằm nâng cao sự khỏe mạnh về cảm xúc và khả năng kiểm soát hành vi tốt trong suốt quá trình phục hồi chức năng^[C].

3.2. Đặt mục tiêu và lên kế hoạch trị liệu

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

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

- Công cụ Đánh giá Sự Thực hiện Hoạt động Của Canada (COPM) cho phép KTV HĐTL ghi chép lại các mục tiêu ngắn hạn và dài hạn nhưng cũng giúp người bệnh và KTV trị liệu xếp hạng ưu tiên cho những mục tiêu này
- Thang điểm Đạt Mục tiêu (GAS) là một công cụ đặt mục tiêu khác mà KTV HĐTL có thể cân nhắc sử dụng (xem Phụ lục 12 để có ví dụ về phiếu chấm điểm GAS)
- KTV HĐTL nên lựa chọn một công cụ đặt mục tiêu có liên quan và phù hợp với môi trường lâm sàng.

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

Thời điểm^[GPP]

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

3.3. Can thiệp hoạt động trị liệu

Sau khi lượng giá xong thì nên bắt đầu can thiệp cụ thể càng sớm càng tốt để chỉnh sửa hoặc bù trừ cho tình trạng mất đi chức năng nhận thức và/hoặc sự độc lập theo chức năng^[A].

Môi trường cấp tính

3.3.1. Rối loạn Ý thức Kéo dài (PDOC)

Các phương pháp can thiệp nhằm cải thiện sự thức tỉnh và tỉnh táo khi có chỉ định trong đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) và môi trường lâm sàng:

- Kích thích cảm giác đa phương thức để cải thiện sự thức tỉnh và nâng cao kết quả lâm sàng^[C]
- Kích thích thính giác, đặc biệt khi sử dụng một giọng nói quen thuộc, để gia tăng sự thức tỉnh trong ngắn hạn^[C]
- Gia tăng độ phức tạp thay vì gia tăng cường độ kích thích để nâng cao hiệu quả^[C]
- Làm việc với đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) để thúc đẩy giảm bớt áp lực tỳ đè lên người bệnh một cách tốt nhất^[GPP]
- Làm việc với đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) để khuyến khích tư thế và cách đặt tư thế tốt nhất^[GPP]
- Làm việc với đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) để duy trì tầm vận động của khớp ở chi trên^[C]

3.3.2. Can thiệp đối với Quên sau Chấn thương

Khi người bệnh đang trong tình trạng quên sau chấn thương (PTA), các phương pháp can thiệp HDTL bao gồm điều chỉnh môi trường để đẩy mạnh quá trình hồi phục và giáo dục gia đình/người chăm sóc^[GPP].

Điều kiện tối ưu để hồi phục khi quên sau chấn thương (PTA) là trong một căn phòng có ánh sáng mờ, yên tĩnh và hạn chế yếu tố kích thích thị giác, ví dụ: giới hạn số lượng nhân viên/người đến thăm bệnh, không có ti-vi, máy vi tính hay điện thoại, v.v. và hạn chế tối thiểu yếu tố kích thích thính giác. Ngủ và nghỉ ngơi là vô cùng quan trọng đối với quá trình hồi phục và do đó không nên đánh thức người bệnh CTSN trừ khi thật sự cần thiết.

- Hạn chế tối thiểu tác nhân kích thích trong môi trường ví dụ như tiếng ồn, ánh sáng, thông tin thị giác tối thiểu; cân nhắc sử dụng ra trải giường để che xung quanh khu vực giường, giúp giảm bớt ánh sáng và yếu tố kích thích thị giác; tránh sử dụng điện thoại, đài ra-đi-ô và/hoặc các thiết bị điện tử khác^[GPP]
- Không đánh thức người bệnh trừ khi cần thiết phải làm vậy
- Giáo dục đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) (như chỉ định), gia đình và những người khác cùng phòng với người bệnh CTSN về sự cần thiết phải giảm bớt tiếng ồn, ánh sáng và hoạt động diễn ra trong phòng
- Cố gắng khuyến khích gia đình mỗi lần thăm bệnh chỉ cho một người vào thăm

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

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

- KTV HDTL phải trao đổi với đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) và gia đình về sự sẵn có, khả năng tiếp cận và giá thành của những dụng cụ, thiết bị chống loét do tỳ đè^[GPP]
- Người bệnh nên có dụng cụ, thiết bị chống loét do tỳ đè để sử dụng tại bệnh viện càng sớm càng tốt và có cơ hội xem xét các phương án kiểm soát chống loét do tỳ đè ở nhà với sự hướng dẫn của KTV HDTL^[GPP]
- Ngoài ra, đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) nên hướng dẫn và giám sát những chiến lược giảm bớt áp lực tỳ đè ví dụ như: dịch chuyển nhiều hơn càng thường xuyên càng tốt, thay đổi tư thế trên giường/ghế mỗi hai giờ, khuyến khích chuyển sức nặng cơ thể, đặt tư thế đúng và tránh lực trượt khi dịch chuyển người bệnh CTSN^[A]
- Đối với những người bệnh có nguy cơ loét do tỳ đè - nguy cơ từ trung bình đến cao, nên cung cấp nệm lót chuyên dụng để giảm bớt áp lực tỳ đè^[A]
- Nên cung cấp nệm lót chuyên dụng giúp giảm bớt áp lực tỳ đè cho người bệnh khi ngồi trên ghế hoặc xe lăn^[A]
- Phương án lý tưởng nhất là sử dụng những dụng cụ, thiết bị được làm tại địa phương. Tuy nhiên, nếu được hỗ trợ tài chính thì nên cân nhắc cả những dụng cụ, thiết bị được làm tại vùng miền, ví dụ: người bệnh ở tỉnh Yên Bái (miền Bắc Việt Nam) có thể cân nhắc sử dụng những sản phẩm ở Hà Nội^[A]

Giai đoạn bán cấp và phục hồi chức năng

3.3.4. Phục hồi chức năng nhận thức

Không nên tiến hành riêng lẻ các phương pháp can thiệp về nhận thức, mà nên tiến hành theo một chương trình phục hồi chức năng toàn diện, trong đó cũng xử trí vấn đề tâm trạng, cảm xúc và hành vi với trọng tâm nhằm giúp người bệnh có thể quay lại tham gia một cách có ý nghĩa^[A].

(I) Sự hiểu biết/ý thức về bản thân

Có một số bằng chứng chỉ ra rằng những chiến lược cải thiện sự hiểu biết/ý thức sẽ có hiệu quả khi kết hợp chúng với một chương trình phục hồi chức năng chú trọng vào các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL)^[D].

Những chiến lược sau đã được sử dụng:

- Quay video người bệnh khi họ tham gia vào tác vụ, cho người bệnh xem lại đoạn video và yêu cầu họ đánh giá khả năng thực hiện của bản thân họ
- Yêu cầu người bệnh CTSN ước đoán khả năng thực hiện của họ trước khi thực hiện một tác vụ, sau đó đánh giá lại khả năng thực hiện sau khi đã hoàn thành tác vụ
- Sử dụng các Thang điểm đánh giá khách quan để có thể đo lường sự thay đổi

(II) Trí nhớ

> Những chiến lược hồi phục và bù trừ

Đối với người bệnh suy giảm nhẹ – trung bình, nên sử dụng các phương tiện trợ giúp bên trong và bên ngoài để tăng cường sự tham gia. Tuy nhiên, đối với người bệnh suy giảm trí nhớ nặng, trọng tâm là phát triển các chiến lược bên ngoài với mục tiêu rõ ràng về chức năng và ý nghĩa.

Bên trong^[C]:

- Quy tắc giúp dễ nhớ (Mnemonics): tạo ra các mối liên hệ (phương pháp loci) với thông tin mới để tăng cường khả năng mã hóa và truy hồi, ví dụ: nhớ lại tên-khuôn mặt, nhớ lại câu chuyện; Sử dụng hình ảnh trong tâm trí để tăng cường mã hóa; Tái tạo thông tin/thảo luận về thông tin theo cách diễn đạt của bản thân để tăng cường quá trình mã hóa
- Phân mảnh (chunking) và gợi ý (cueing) thông tin
- Tăng cường học tập thông qua phương pháp học không mắc lỗi (luyện tập các hoạt động có ý nghĩa khi xác suất người bệnh sẽ đưa ra câu trả lời sai là rất thấp)
- Có thể áp dụng những chiến lược sử dụng bút và giấy dựa trên sách bài tập, nhưng đối với những chiến lược này, thường ít quan sát thấy thay đổi mang tính chức năng khi hoạt động không có ý nghĩa và không liên quan đến các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL).

Bên ngoài^[A]:

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

> Sự tập trung chú ý

Nên huấn luyện chiến lược cho người bệnh CTSN để xử trí những khó khăn tập trung chú ý trong các tình huống phù hợp và có ý nghĩa^C. KTV HĐTL có thể phân cấp tác vụ theo độ khó bằng cách 1. Thay đổi độ phức tạp của tác vụ tương ứng với những kỹ năng cần thiết cho tác vụ như tập trung chú ý có chọn lọc, duy trì sự tập trung chú ý và chuyển sự tập trung chú ý qua lại và 2. Thay đổi môi trường thực hiện tác vụ, ví dụ: môi trường có tác nhân kích thích nhiều hay ít. Những hoạt động ví dụ bao gồm:

- Sắp xếp và phân nhóm tiền bạc

- Phân loại các hạng mục như thực phẩm, quần áo, đồ dùng vệ sinh cá nhân, v.v.
- Chuẩn bị bữa ăn, ví dụ: làm bánh mì kẹp thịt (độ phức tạp thấp), nấu một bát mì (độ phức tạp cao hơn)
- Hoàn thành tác vụ mà chỉ sử dụng hướng dẫn được viết trên giấy; ví dụ: gấp hết đồng quần áo này và đặt quần áo màu đỏ vào trong một giỏ và quần áo màu xanh vào trong giỏ còn lại
- Tìm một địa điểm có tên gọi cụ thể trong cộng đồng bằng cách sử dụng bản đồ hoặc các chiến lược bên ngoài khác (độ phức tạp cao hơn)
- Có thể hữu ích khi cho một số người bệnh CTSN tập luyện trên máy vi tính

(III) Chức năng điều hành

Nên huấn luyện người bệnh cách xử trí những khó khăn lên kế hoạch, giải quyết vấn đề và kiểm soát mục tiêu trong những tình huống liên quan đến cá nhân^[B]. Ví dụ:

- Luyện tập lên kế hoạch cho các thành phần của một hoạt động trước khi tham gia hoạt động đó và khuyến khích người bệnh sử dụng khả năng phán đoán của họ trong suốt quá trình
- Tăng độ khó của hoạt động bằng cách tăng số lượng tác vụ phải xử lý (đa tác vụ), ví dụ: luộc mì và cắt rau củ

3.3.5. Thị giác

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

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

3.3.6. Nhận cảm

Đa số bằng chứng về can thiệp đối với khó khăn liên quan đến nhận cảm sau CTSN đều có mối liên hệ với tai biến. Tuy nhiên, KTV HDTL có thể áp dụng các chiến lược cho người bệnh CTSN^[GPP].

(I) Lãng quên/Thờ ơ/Giảm chú ý

- Sử dụng gợi ý đơn giản để gây chú ý đến bên bệnh
- Vận động bên bị liệt
- Ngoài kích thích cảm giác cho bên bệnh, cũng huấn luyện người bệnh quét mắt thông qua những hoạt động có đưa ra phản hồi theo cấu trúc
- Sử dụng mỏ neo thị giác làm gợi ý

- Đặt đồ vật rải rác trong thị trường để khuyến khích người bệnh chú ý đến bên bệnh
- Những hoạt động đòi hỏi người bệnh phải sử dụng hai bên cơ thể trong bối cảnh các hoạt động mang tính chức năng
- Nhân viên y tế có thể chỉ định cho người bệnh đeo lăng kính đặc biệt và dùng phương pháp này như một công cụ trị liệu
- Nhân viên y tế có thể chỉ định cho người bệnh đeo miếng che mắt và dùng phương pháp này để nâng cao hiệu quả can thiệp
- Hình ảnh trong tâm trí để tăng cường sự chú ý đến bên bị lãng quên/thờ ơ và sử dụng bên đó^[B]

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

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

3.3.7. Phục hồi chức năng chi trên

(I)Hoạt động

Nên áp dụng liệu pháp vận động bằng những tác vụ cụ thể để cải thiện khả năng thực hiện và sự tham gia vào những hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL) có ý nghĩa^[GPP]. Ví dụ:

- Luyện tập những hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL) cá nhân ví dụ như chải răng, chải đầu và ăn uống
- Kỹ năng vận động thô ví dụ như mặc quần áo và tắm rửa
- Kỹ năng vận động tinh ví dụ như xoay chìa khóa, dùng kẹp quần áo để phơi đồ, sử dụng điện thoại thông minh, nhặt rau để chuẩn bị cho bữa ăn, viết ra giấy danh sách những thứ cần mua
- Huấn luyện hai bên để hoàn thành tác vụ
- Khi có thể, sử dụng các trò chơi vi tính và huấn luyện thực tế ảo với bảng điều khiển bằng tay đã được điều chỉnh cho người bệnh
- Không có bằng chứng nào ủng hộ việc sử dụng kích thích điện chức năng để cải thiện chức năng chi trên của người bệnh CTSN

(II) Khiếm khuyết vận động-cảm giác

>Yếu cơ

- Đối với một số người bệnh, ban đầu có thể sử dụng những bài tập đề kháng tăng tiến để nâng cao khả năng tham gia vào các hoạt động mang tính chức năng
- Huấn luyện lặp đi lặp lại bằng những tác vụ cụ thể^[GPP]

>Mất cảm giác

- Mặc dù bằng chứng hiện nay liên quan đến tai biến, nhưng áp dụng cho người bệnh CTSN vẫn hợp lý^[GPP]
- Có thể áp dụng chương trình phân biệt cảm giác dựa trên việc học nhận cảm nếu KTV HĐTL đã được đào tạo về hình thức can thiệp này¹²
- Cũng có thể áp dụng phương pháp huấn luyện cảm giác - một phương pháp được thiết kế để tạo thuận cho sự dịch chuyển hoặc chuyển thể¹²

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

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

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

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

3.3.9. Phục hồi chức năng hoạt động sinh hoạt hàng ngày(ADL)

- Đối với những người bệnh CTSN gặp khó khăn hoàn thành hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL), nên cho họ luyện tập lặp đi lặp lại những tác vụ cụ thể và huấn luyện người bệnh sử dụng những dụng cụ trợ giúp phù hợp để nâng cao sự tham gia và mức độ độc lập khi thực hiện những hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL) cá nhân, trong gia đình và trong cộng đồng^[A]
- Nên tư vấn cho người bệnh, gia đình và/hoặc người chăm sóc và đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) về những kỹ thuật và thiết bị, dụng cụ để tăng tối đa kết quả thực hiện những hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL), năng lực vận động-cảm giác, nhận cảm, nhận thức và thể chất^[B]
- Nên kết hợp luyện tập những hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL) trong cộng đồng vào quá trình phục hồi chức năng sao cho phù hợp. Những hoạt động này có thể bao gồm luyện tập băng qua đường, đi đến những cửa hiệu gần nhà, hoàn thành nhiệm vụ mua sắm và luyện tập quản lý tiền bạc và sử dụng phương tiện giao thông công cộng^[GPP]
- Có thể trao đổi về việc điều khiển xe trở lại và có thể cung cấp thông tin về các phương pháp điều chỉnh hiện có cho xe máy và xe hơi tại Việt Nam. Những thông tin này có thể có ích cho người bệnh ^[GPP]

3.3.10. Huấn luyện thực tế ảo

- Hiện tại có ít bằng chứng ủng hộ việc sử dụng thực tế ảo và huấn luyện lại trên máy vi tính trong CTSN^[D]. Tuy nhiên, đây được xem là một lĩnh vực đang phát triển và có thể mang đến một số lợi ích cho những người bệnh CTSN cần phục hồi chức năng chi trên và để cải thiện cử động và thăng bằng.

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

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

3.3.12. Chỉ định xe lăn

(I) Mô tả

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

- KTV HĐTL (khi có thể) cần làm việc chặt chẽ với người bệnh, gia đình, đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) và chuyên viên kỹ thuật xe lăn để có thể đưa ra phương án lấy người bệnh làm trung tâm, sử dụng xe lâu bền và giá thành hợp lý nhất cho từng người bệnh
- KTV HĐTL cũng nên cân nhắc đến nhu cầu bảo dưỡng xe và nếu khả năng cao là người bệnh không thể bảo dưỡng xe tại địa phương của họ và/hoặc không đủ điều kiện kinh tế để bảo dưỡng xe, thì trong trường hợp này KTV HĐTL nên cân nhắc những phương án khác sao cho phương án lựa chọn là phương án lâu bền nhất

Sau khi cung cấp xe lăn thì KTV HĐTL và đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) nên hoàn thành những bước sau¹¹:

- Đảm bảo ghế ngồi chuyên dụng của xe lăn đã phù hợp và vừa vặn với người bệnh CTSN ít nhất theo tiêu chuẩn của WHO^[A]
- Kết hợp những thiết bị, dụng cụ cần thiết khác, ví dụ như phương tiện trợ giúp giao tiếp, máy thở, v.v.
- Kiểm tra chính thức toàn bộ hệ thống để đảm bảo xe lăn đã phù hợp và ổn định^[A]
- Đánh giá sơ bộ xem các mục tiêu đã đạt được chưa^[A]
- Hướng dẫn người bệnh CTSN và người chăm sóc của họ cách sử dụng xe lăn^{2, [A]}
- Lượng giá chính thức về các nguy cơ^[A]
- Thực hiện kế hoạch tái đánh giá định kỳ^{2, [A]}

Để biết thông tin chi tiết về xe lăn, tham khảo WHO: Tài liệu hướng dẫn cung cấp xe lăn tay trong những trường hợp nguồn lực hạn chế và WHO sổ tay hướng dẫn, tài liệu tham khảo cho người tham dự¹¹.

(II) Tái đánh giá xe lăn

Sau khi người bệnh đã có xe lăn vừa vặn, nên^[B]:

- Tái đánh giá lần đầu tiên sau ba tháng kể từ khi giao xe lăn cho người bệnh.
- Sau đó, nên tái đánh giá mỗi 6-12 tháng tùy theo nhu cầu của người bệnh².

3.3.13. Dụng cụ trợ giúp

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

3.3.14. Những vấn đề tâm lý và phương pháp can thiệp

(I) Tình dục^C

Khi có thể, nên cho người bệnh CTSN và vợ, chồng hoặc bạn tình của họ cơ hội để trao đổi về những mối lo ngại liên quan đến vấn đề tình dục. Những mối lo ngại này có thể bao gồm: lo ngại về mặt thể chất liên quan đến khả năng tham gia, tư thế, lo ngại về mặt môi trường, những phương pháp tự kích thích và mức độ sẵn có của dụng cụ trợ giúp (được sản xuất trong nước và quốc tế) để người bệnh sử dụng khi có hoặc không có vợ, chồng hoặc bạn tình. Khi có chỉ định (và khi thích hợp làm vậy), có thể tổ chức buổi nói chuyện này với những thành viên khác trong đội ngũ đa chuyên ngành (MDT), ví dụ: người bệnh có thể cần đến lời khuyên về y tế liên quan đến các loại thuốc kết hợp với lời khuyên về HĐTL liên quan đến tư thế an toàn và sức bền khi quan hệ.

KTV HĐTL có thể cần chú ý đến và trao đổi với người bệnh về những mối lo ngại khác liên quan đến vấn đề tình dục, bao gồm vấn đề tái hòa nhập xã hội và tìm hiểu cơ bản về những cách quản lý và tìm kiếm mối quan hệ. Lý tưởng nhất là quá trình này sẽ có sự hỗ trợ của một chuyên gia tâm lý và khi có chỉ định, thì cả nhân viên công tác xã hội.

Chủ đề tình dục thường là một chủ đề nhạy cảm tại Việt Nam và vì vậy, cần chuẩn bị trước và thận trọng khi tiếp cận vấn đề này, ví dụ như giới tính của người bệnh và KTV trị liệu, cần nhắc đến yếu tố tuổi tác, định hướng tình dục của người bệnh. KTV HĐTL phải đảm

bảo nội dung cuộc đối thoại được giữ bí mật và lúc nào cũng phải tuyệt đối tôn trọng mục tiêu của người bệnh; Khi cần thiết, KTV HĐTL nên tìm kiếm sự hỗ trợ của những nhân viên có kinh nghiệm để giúp người bệnh giải quyết các vấn đề liên quan đến tình dục.

(II) Khiếm khuyết tâm lý-xã hội, hành vi và cảm xúc:

- Huấn luyện những kỹ năng mang tính chức năng trong một chương trình trị liệu toàn diện có thể cải thiện sự tham gia xã hội, tái hòa nhập cộng đồng, sống độc lập, sự khỏe mạnh về cảm xúc và chất lượng cuộc sống^[A]
- Nên khuyến khích người bệnh CTSN tham gia tập các bài tập thể dục hiếu khí (khi có thể) để cải thiện tâm trạng và hoạt động cộng đồng^[C]
- Nên áp dụng các phương pháp can thiệp nhằm huấn luyện lại kỹ năng xã hội để cải thiện sự tham gia^[C]
- Khi có thể, nên tổ chức các buổi hỗ trợ/tư vấn giữa những nhóm người bệnh cùng hoàn cảnh^[C]
- Khi có thể, nên giới thiệu người bệnh đến với chuyên gia tâm lý và nhân viên công tác xã hội trong đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) để được lượng giá^[C]
- Nên hỗ trợ và giáo dục người bệnh và gia đình của họ về việc thích nghi với khuyết tật, nhận biết được rằng các nhu cầu tâm lý có thể thay đổi theo thời gian và trong những môi trường khác nhau^[GPP]
- Nên áp dụng phương pháp tiếp cận theo đội ngũ đa chuyên ngành (MDT) để hỗ trợ chức năng cảm xúc, ví dụ: bác sĩ lượng giá sự cần thiết kê toa thuốc và KTV HĐTL giúp người bệnh và gia đình kiểm soát các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL) khi người bệnh có thay đổi về tâm trạng và hành vi^[A]

(III) Hòa nhập xã hội và giao tiếp

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

3.4. Xuất viện và theo dõi

3.4.1. Quy trình xuất viện

Ngoài việc hỗ trợ môi trường nhà ở, KTV HĐTL nên giới thiệu người bệnh CTSN đến với những dịch vụ sẵn có và phù hợp với họ trong cộng đồng.

^[B]. Những dịch vụ này có thể bao gồm:

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

KTV HĐTL phải đảm bảo người bệnh và gia đình ý thức được những gì cần phòng tránh khi thực hiện hoạt động trong nhà và ngoài cộng đồng. KTV HĐTL nên đảm bảo người bệnh có được những dụng cụ, thiết bị cần thiết khi xuất viện và người bệnh CTSN và gia đình cảm thấy tự tin khi sử dụng chúng ở nhà¹.

Nên viết hoặc in ra và gửi cho người bệnh và gia đình một bảng kế hoạch chăm sóc sau khi xuất viện, trong đó đề cập đến tất cả chi tiết đã nêu trên và nên lưu lại một bản sao trong bộ hồ sơ của người bệnh CTSN.

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

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

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

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

- KTV HĐTL nên cố gắng mô phỏng càng giống càng tốt môi trường nhà ở để có thể huấn luyện và cho người bệnh luyện tập thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL) đúng bối cảnh ví dụ như đi vệ sinh trên bệ xí ngồi xổm, dịch chuyển ra khỏi giường thấp hoặc chiếu, chuẩn bị bữa ăn trên ghế ngồi có chiều cao giống ghế ngồi ở nhà.

- Dựa trên báo cáo và hình ảnh mà người bệnh và gia đình chụp lại về môi trường nhà ở của họ, KTV HĐTL có thể đưa ra khuyến nghị về dụng cụ trợ giúp và những cách điều chỉnh mà người bệnh và gia đình có thể cần đến nhằm nâng cao chức năng của người bệnh ở nhà.
- Dựa trên báo cáo và hình ảnh mà người bệnh /gia đình chụp lại, KTV HĐTL có thể đưa ra lời khuyên về cách giảm bớt nguy cơ trong nhà

3.4.3. Vui chơi giải trí

- Có thể sử dụng những phương pháp can thiệp hoạt động trị liệu hướng đến mục tiêu cụ thể để tăng cường sự tham gia vào các hoạt động vui chơi giải trí^{4, [A]}.
- KTV HĐTL có thể sử dụng các nguyên tắc phân tích và điều chỉnh hoạt động để tăng cường sự tham gia của người bệnh dựa trên mục tiêu và nguồn động lực của họ^[GPP].

3.4.4. Trở lại làm việc

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

3.4.5. Điều khiển xe cộ trở lại

- Khi đến thời điểm phù hợp, KTV HĐTL có thể đưa ra lời khuyên cho người bệnh và gia đình của họ về việc điều khiển xe trở lại^[GPP]
- KTV HĐTL nên xem xét trạng thái chức năng và sự khỏe mạnh thể chất của người bệnh về mặt nhận thức, năng lực nhận cảm, năng lực thể chất, thay đổi về cảm giác, thị giác và sức bền khi thực hiện hoạt động tương quan với những yêu cầu phức tạp khi điều khiển xe máy và/hoặc xe hơi tại Việt Nam^[GPP]

Chú ý khi sử dụng tài liệu

Bộ tài liệu hướng dẫn này không có ý định phủ nhận các hướng dẫn hiện hành mà các cán bộ y tế đang tuân thủ thực hiện trong quá trình khám và điều trị cho người bệnh theo từng bệnh cảnh của mỗi người và tham khảo ý kiến người bệnh cũng như người nhà của họ.

Tài liệu Tham khảo

1. Hiệp hội Hoạt động Trị liệu Hoa Kỳ (American Occupational Therapy Association – AOTA) (2016). *Hướng dẫn thực hành Hoạt động Trị liệu cho người bệnh người lớn Chấn Thương Sọ Não*. Trích dẫn từ:
<https://guideline.gov/summaries/summary/50401/occupational-therapy-practice-guidelines-for-adults-with-traumatic-brain-injury>
2. Hội Y học Phục hồi Chức năng của Anh (2004). *Ghế ngồi xe lăn chuyên dụng: Tài liệu hướng dẫn lâm sàng quốc gia*. Trích dẫn từ: <http://www.bsrm.org.uk/downloads/specialseatingfinaltextprintqual.pdf>
3. Trường Cao đẳng cho Kỹ thuật viên Hoạt động Trị liệu (Vương quốc Anh) và Hiệp hội Các Nhà Vật lý trị liệu (2015). *Đặt nẹp nhằm mục đích phòng ngừa và điều chỉnh tình trạng co rút ở người bệnh người lớn rối loạn chức năng thần kinh: Cách thực hành cho Kỹ thuật viên Hoạt động Trị liệu và Vật lý trị liệu*. Trích dẫn từ:
<http://www.cot.co.uk/sites/default/files/general/public/Splinting.pdf>
4. Viện Quốc gia Vì Sự Xuất chúng trong y tế và Chăm sóc (National Institute for health and Care Excellence – NICE). (2014). *Chấn Thương Đầu: Xếp loại ưu tiên can thiệp, lượng giá, khảo sát và xử trí sớm chấn thương đầu cho trẻ em, thiếu niên và người lớn*. Trích dẫn từ: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg176>
5. Mạng lưới Hướng dẫn Của Các Trường Đại học Scotland (Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN). (2013). *Phục hồi chức năng chấn thương đầu ở người bệnh người lớn*. Trích dẫn từ: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign130.pdf>
6. Nhóm Biên soạn Tài liệu Hướng dẫn New Zealand (2006). *Chấn Thương Sọ Não: Chẩn đoán, Xử trí Cấp tính và Phục hồi Chức năng*. Trích dẫn từ: http://www.acc.co.nz/PRD_EXT_CSMP/group/s/external_communications/documents/guide/wim2_059414.pdf
7. Königs M, de Kieviet JF, Oosterlaan J (2012). *Tình trạng quên sau chấn thương đưa ra dự đoán về khiếm khuyết trí tuệ sau chấn thương sọ não: một bài phân tích tổng hợp*. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2012 Nov;83(11):1048-55. doi: 10.1136/jnnp-2012-302635. Epub 2012 Jul 11.
8. Tổ chức Chấn thương Thần kinh Ontario (2016). *Phần II: Lượng giá và Phục hồi Chức năng Đối với Di chứng sau Chấn Thương Não*. Trích dẫn từ:
https://braininjuryguidelines.org/fileadmin/Guidelines_components/Rec/Section_2_REC_complete_ENG_final.pdf
9. Marosszeky, N.E.V., Ryan, L., Shores, E.A., Batchelor, J. & Marosszeky, J.E. (1997) *Chương trình cho Quên Sau Chấn Thương (PTA): Hướng dẫn sử dụng Thang điểm Quên Sau Chấn Thương (PTA)* Westmead.Sydney: Wild & Wooley Publishers

10. Friedland, D.P. (2013) Cải thiện Sự Phân loại Chấn Thương Sọ Não: Hệ thống Phân loại Mayo cho Mức độ Nghiêm trọng của Chấn Thương Sọ Não. *J Spine S4*: 005. doi:10.4172/2165-7939.S4-005
11. WHO (2012) Gói đào tạo dịch vụ xe lăn: Tài liệu tham khảo cho người tham dự. Trích dẫn từ: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78236/1/9789241503471_reference_manual_eng.pdf?ua
12. Carey, L., Macdonell, R., Thomas, M.A. (2011). SENSE: Nghiên cứu Hiệu quả Đối với Cảm giác Của Phục hồi Chức năng Thần kinh (SENSe: Study of the Effectiveness of Neurorehabilitation on Sensation), Một Thử nghiệm Ngẫu nhiên Có Nhóm chứng. *Tạp chí Phục hồi Chức năng Thần kinh và Hồi sức Thần kinh*(4),2, 304-313
13. Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E và Mathers C (2004) Báo cáo thế giới về phòng ngừa thương tích do tai nạn giao thông đường bộ. (WHO, Geneva)
14. Servadei F, Begliomini C, Gardini E, Giustini M, Taggi F, Kraus J (2003): ***Tác động của luật đội mũ bảo hiểm xe mô-tô của Ý đến chấn thương sọ não.*** *Inj Prev* 2003, **9**: 257–260. 10.1136/ip.9.3.257
15. WHO, (2013) *Báo cáo thực trạng an toàn giao thông đường bộ toàn cầu 2013. Ủng hộ một thập kỷ hành động.*
16. Tổ chức Y tế Thế giới. (2015) Việt Nam: Hồ sơ thống kê của WHO <http://www.who.int/gho/countries/vnm.pdf?ua=1>
17. Hurn J, Kneebone I, Cropley M. *Đặt mục tiêu như là một phương pháp đo lường kết quả: Một bài tổng quan hệ thống.* *Phục hồi Chức năng Lâm sàng* 2006;20(9):756-72

Phụ lục

- Phụ lục 1: Ví dụ về lượng giá FIM
- Phụ lục 2: Chỉ số Barthel
- Phụ lục 3: Thang điểm Quên Sau Chấn Thương Westmead Rút gọn
- Phụ lục 4: Quên Sau Chấn Thương (PTA) ví dụ về công cụ sàng lọc hàng ngày (=Thang điểm Quên Sau Chấn Thương (PTA) Westmead)
- Phụ lục 5: Thang đánh giá nhận thức Montreal (MoCA)
- Phụ lục 6: Bài kiểm tra nhận thức của Addenbrooke (ACE-III)
- Phụ lục 7: Các mức độ nhận thức Ranchos cải biên
- Phụ lục 8: Ví dụ về mẫu phiếu loại trừ ngôi sao
- Phụ lục 9: Bài kiểm tra vẽ đồng hồ
- Phụ lục 10: Thang Ashworth Cải biên
- Phụ lục 11: Ví dụ về bài kiểm tra chín lỗ
- Phụ lục 12: Thang điểm đạt mục tiêu (GAS)