

BỘ Y TẾ

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

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

(Tài liệu Hướng dẫn chung)

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 Tài liệu Hướng dẫn	5
1.2. Đối tượng sử dụng Tài liệu Hướng dẫn	6
1.3. Mục đích của Tài liệu Hướng dẫn	6
1.4. Lưu ý.....	6
1.5. Các Mức độ Chứng cứ.....	7
1.6. Giám sát và Cung cấp Dịch vụ	7
1.7. Dịch tễ học Đột quy	8
1.8. Phòng ngừa Đột quy Nguyên phát và Thứ phát	9
1.9. Sự hồi phục sau Đột quy.....	9
2. Chuyển tuyến và Nguyên tắc của Phục hồi chức năng Đột quy.....	10
2.1. Giới thiệu	10
2.2. Quy trình Phục hồi chức năng	10
2.3. ICF	11
2.4. Chăm sóc lấy người bệnh và gia đình làm trung tâm	12
2.5. Bình đẳng Giới trong Sức khỏe	13
2.6. Tổ chức Các dịch vụ Phục hồi chức năng.....	13
2.7. Tiếp cận Đa chuyên Ngành.....	14
2.8. Mức độ điều trị cần thiết cho người bệnh đột quy.....	15
2.9. Các Lộ trình giới thiệu, chuyển tuyến	16
2.10. Xuất viện.....	19
3. Quy trình Phục hồi chức năng.....	23
3.1. Sàng lọc và Lượng giá	23
3.2. Thiết lập mục tiêu	25
3.3 Các chiến lược xử lý và phòng ngừa	26
4. Tóm tắt vai trò của nhóm đa chuyên ngành (MDT).....	52
4.1. Các Bác sĩ	52
4.2. Điều dưỡng	53
4.3. Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu	53
4.4. Kỹ thuật viên Hoạt động trị liệu	55
4.5. Kỹ thuật viên Ngôn ngữ trị liệu	56
4.6. Các kỹ thuật viên chỉnh hình	57
4.7. Nhân viên Xã hội	57
4.8. Nhà tâm lý học lâm sàng.....	57
4.9. Chuyên viên dinh dưỡng.....	58
5. Hỗ trợ và giám sát thực hiện Tài liệu Hướng dẫn này trong bệnh viện	59
Tài liệu tham khảo	61
Phụ lục	63

Danh mục chữ viết tắt

AAC	Augmentative and Alternative Communication Giao tiếp Thay thế và Tăng cường
ABCD²	Age, Blood pressure, Clinical features, Duration (of TIA), Diabetes Tuổi, Huyết áp, Các đặc điểm lâm sàng, Thời gian (của TIA), Đái tháo đường
CIMT	Constraint-Induced Movement Therapy Trị liệu Vận động Cường Bức
CSP	Chartered society of physiotherapy Hiệp Hội Vật lý trị liệu được phép hành nghề Anh
FAST	Face, Arm, Speech, Time Mặt, Tay, Lời nói, Thời gian
FEES	Fibre-optic endoscopic examination of swallowing Nội soi sợi quang đánh giá chức năng nuốt
HDTL	Hoạt động trị liệu
ICF	International classification of functioning, disability and health Phân loại Quốc tế về Hoạt động chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe
ICU	Intensive care unit Đơn vị chăm sóc tích cực
KNGF	Royal Dutch society for physical therapy Hiệp hội Vật lý trị liệu Hoàng Gia Hà Lan
NNTL	Ngôn ngữ trị liệu
MDT	Multi-disciplinary team Nhóm đa chuyên ngành
MoCA	Montreal cognitive assessment Lượng giá nhận thức Montreal
NICE	National institute for health and care excellence Viện Quốc gia Chuyên sâu về Sức khỏe và Chăm sóc
PHCN	Phục hồi chức năng
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network Mạng lưới Các hướng dẫn các Trường Đại học Scotland
SHHN	Sinh hoạt hàng ngày
TBMMN	Tai biến mạch máu não
TENS	Transcutaneous electrical nerve stimulation Kích thích thần kinh bằng điện qua da
TIA	Transient ischemic attack Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua
TUG	Timed up and go Thử nghiệm đứng dậy và đi có định thời gian
WHO	World health organization Tổ chức Y tế Thế giới
VLTL	Vật lý trị liệu

1. Giới thiệu

1.1. Sự cần thiết phải có Tài liệu Hướng dẫn

Một trong những mục tiêu của Bộ Y tế là "Cải thiện và phát triển mạng lưới cơ sở phục hồi chức năng, nâng cao chất lượng dịch vụ phục hồi chức năng; tăng cường phòng ngừa khuyết tật, phát hiện sớm, can thiệp sớm và cải thiện chất lượng cuộc sống của người khuyết tật để người khuyết tật được hòa nhập về mọi mặt và tham gia bình đẳng vào các hoạt động trong xã hội, đóng góp hiệu quả vào sự phát triển của cộng đồng nơi họ sinh sống" (Bộ Y tế, 2014).

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

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

Bộ Y tế cũng đã xây dựng các hướng dẫn cho "Đột quy"¹. Các hướng dẫn này tạo nên một nền tảng khá vững chắc để xây dựng bổ sung các Hướng dẫn Chung và Hướng dẫn Chuyên ngành mới nhất, dựa trên các kết quả nghiên cứu mới và phù hợp với các hướng dẫn phục hồi chức năng dựa trên bằng chứng của quốc tế, vừa thích ứng với hoàn cảnh của Việt Nam.

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 Đột quy.

Hướng dẫn Chung về Phục hồi chức năng cho Đột quy đưa ra các khuyến cáo và hướng dẫn chung về loại hình chăm sóc PHCN cần được cung cấp cũng như các khuyến cáo "cắt ngang" các yêu cầu về hệ thống tổ chức, chăm sóc đa ngành và toàn diện, chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, hỗ trợ gia đình và sự tham gia của gia đình, các tuyến chăm sóc, các hình thức chuyên tuyến, xuất viện và theo dõi, tái hoà nhập cộng đồng và tham gia vào xã hội.

¹Một từ đồng nghĩa của "đột quy" và Đột quy mạch máu não (TBMMN). Hướng dẫn này sử dụng thuật ngữ đột quy.

1.2. Đối tượng sử dụng Tài liệu Hướng dẫn

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

1.3. Mục đích của Tài liệu Hướng dẫn

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

Các hướng dẫn này không chỉ là một nguồn tài liệu thực hành mà còn là một phương tiện giáo dục để hỗ trợ tất cả nhân viên y tế và cộng đồng về những việc cần phải thực hiện để tạo điều kiện thuận lợi cho PHCN đột quy có được kết quả tốt.

Các hướng dẫn này cũng giúp mọi người nhận thức rõ hơn về vai trò và chức năng của những người có liên quan đến PHCN đột quy. Các tài liệu cũng có thể được viết lại đơn giản hơn để phù hợp với đội ngũ nhân viên y tế cơ sở, cho người bệnh đột quy và gia đình của họ.

Cuối cùng, các hướng dẫn có thể giúp thu hẹp khoảng cách giữa các dịch vụ y tế giai đoạn cấp và giai đoạn PHCN, đặc biệt là định hướng cách thức giao tiếp và chuyển người bệnh giữa hai bộ phận này. Chúng cũng có thể giúp làm rõ những thiếu hụt và nhu cầu về nguồn nhân lực các chuyên ngành cụ thể (như là các KTV hoạt động trị liệu và các KTV âm-ngữ trị liệu chính qui) cũng như đưa ra các khuyến cáo mục tiêu cho 5-10 năm tới về cách thức cải thiện dự phòng sơ cấp và nâng cao chất lượng PHCN, bao gồm cả dự phòng thứ cấp, cho đột quy ở Việt Nam.

1.4. Lưu ý

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

có những quyết định khác hẳn các hướng dẫn này, nên ghi chép đầy đủ trong hồ sơ bệnh án khi đưa ra quyết định có liên quan.

1.5. Các Mức độ Chứng cứ

Những khuyến cáo sau đây đã được nhóm xây dựng hướng dẫn nhấn mạnh là các khuyến cáo quan trọng về lâm sàng cần được ưu tiên thực hiện ở Việt Nam. Mức độ khuyến cáo liên quan đến độ mạnh của chứng cứ hỗ trợ cho khuyến cáo đó. Nó không phản ánh tầm quan trọng lâm sàng của khuyến cáo. Hệ thống định mức này cũng tương tự như phương pháp được sử dụng trong Các Hướng dẫn Lâm sàng Xử lý Đột quy của Úc (2010).

Mức độ chứng cứ	
A	Chứng cứ thu thập được có thể tin cậy để hướng dẫn thực hành
B	Chứng cứ thu thập được có thể tin cậy để hướng dẫn thực hành trong hầu hết trường hợp
C	Chứng cứ thu thập được ủng hộ một phần cho các khuyến cáo, nhưng phải lưu ý khi áp dụng
D	Chứng cứ thu thập được yếu và cần phải hết sức cẩn trọng khi áp dụng khuyến cáo
GPP	Điểm Thực hành Tốt (Good Practice Point)- Thực hành tốt được khuyến cáo dựa trên kinh nghiệm lâm sàng và ý kiến của các chuyên gia

1.6. Giám sát và Cung cấp Dịch vụ

Năng lực đánh giá chất lượng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe là cần thiết để cung cấp thông tin cho thực hành lâm sàng và cải thiện kết quả của bệnh nhân. Việc lượng giá, giám sát và đánh giá các chỉ số hoạt động chính và các đo lường kết quả để chứng minh tính hiệu quả và năng suất của các dịch vụ PHCN đột quy là quan trọng và cần thiết.

Thu thập dữ liệu phải đảm bảo:

- có liên kết với các khuyến cáo trong các hướng dẫn và đo lường sự tuân thủ chăm sóc dựa trên chứng cứ
- thường xuyên và liên tục
- có liên quan đến đo lường chuẩn hoá và trở thành một phần của quy trình cải thiện chất lượng dựa trên chứng cứ

Dữ liệu cần phản ánh các khía cạnh thiết yếu của việc PHCN cho người bệnh đột quy và bao gồm các đo lường về:

- Quá trình chăm sóc
- Thay đổi chức năng

- Tham gia vào các hoạt động trong cuộc sống và cộng đồng
- Chất lượng cuộc sống
- Sự hài lòng của người bệnh và gia đình

Các khía cạnh thiết yếu của PHCN cho người bệnh đột quy là:

- Chẩn đoán sớm
- Can thiệp sớm
- Lượng giá và xử lý các khiếm khuyết
- Lượng giá các kỹ năng chức năng và gia tăng tối đa các khả năng (nhận thức, vận động, giao tiếp, tự chăm sóc)
- Lượng giá và xử lý các tình trạng phối hợp
- Chỉ định và cung cấp các công cụ hỗ trợ, thích ứng phù hợp

Ngoài ra, việc thiết lập một cơ sở dữ liệu đột quy quốc gia sẽ cho phép xác định tỷ lệ hiện mắc đột quy ở Việt Nam. Nó cũng sẽ cho phép giám sát và đánh giá các kết quả trong dân số và tăng khả năng thực hiện đầy đủ các biện pháp dự phòng.

1.7. Dịch tễ học Đột quy

Đột quy là một bệnh lý tim mạch và được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) định nghĩa là một hội chứng lâm sàng bao gồm "các dấu hiệu rối loạn chức năng của não (khu trú hoặc toàn thể) phát triển nhanh, kéo dài từ 24 giờ trở lên hoặc dẫn đến tử vong, mà không xác định nguyên nhân nào khác ngoài căn nguyên mạch máu". Theo đánh giá của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2015) đột quy là nguyên nhân chính gây tử vong ở Việt Nam (21,7%) với tỷ lệ tử vong hàng năm là 150.000 (Health Grove, 2013).

Đột quy là nguyên nhân thường gặp nhất gây ra khuyết tật trầm trọng ở người lớn trên thế giới. Trên toàn cầu, chỉ có 15-30% người bệnh sống sót sau đột quy độc lập về chức năng và khoảng 40-50% độc lập một phần (Ủy ban Sáng kiến Đột quy Châu Âu, 2003).

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

Một số người bệnh đột quy hồi phục tự phát một phần, nhưng phần lớn người bệnh đột quy cần được PHCN để hồi phục khả năng chức năng.

Đột quy có thể khởi phát đột ngột với bất kỳ dấu hiệu thần kinh nào, bao gồm tê hoặc yếu chân tay, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn thị giác hoặc rối loạn thăng bằng. Trong 20 năm qua, ngày càng có nhiều chứng cứ làm thay đổi nhận thức truyền thống cho rằng đột quy chỉ đơn giản là hậu quả của sự lão hóa, luôn dẫn đến tử vong hoặc khuyết tật trầm trọng (NICE, 2008).

1.8. Phòng ngừa Đột quy Nguyên phát và Thứ phát

Các chứng cứ đang được thu thập để có những chiến lược phòng ngừa nguyên phát và thứ phát hiệu quả hơn, nhận diện tốt hơn những người có nguy cơ cao nhất, và các can thiệp có hiệu quả ngay sau khi bắt đầu các triệu chứng. Càng ngày chúng ta càng hiểu rõ hơn về các quá trình chăm sóc góp phần tạo ra một kết quả tốt hơn, và hiện nay có nhiều chứng cứ ủng hộ các quá trình can thiệp và chăm sóc trong PHCN đột quy. (NICE, 2010).

Một người bệnh bị đột quy có nguy cơ tích lũy đột quy thứ phát là 43% trong 10 năm với tỷ lệ hàng năm là 4%. Tỷ lệ đột quy sau khi bị cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIA) cao hơn đáng kể (lên đến 10% sau 3 tháng) do đó phòng ngừa thứ cấp đột quy và TIA là cần thiết (Tổ chức Đột quy Quốc gia Úc, 2010).

Các triệu chứng của TIA, cũng giống với các triệu chứng khởi phát sớm của đột quy, thường hồi phục trong vòng vài phút hoặc tối đa trong vòng 24 giờ, và bất cứ người nào tiếp tục có các dấu hiệu thần kinh khi được lượng giá lần đầu đều phải là xem là bị đột quy.

Nếu một TIA đã xảy ra thì vẫn cần phải được một bác sĩ lượng giá để làm rõ chẩn đoán. Có thể sử dụng công cụ ABCD² (Warlow và cộng sự, 2001) ở giai đoạn này như là một chỉ báo tiên lượng về khả năng xảy ra đột quy. Sau đó bác sĩ điều trị có thể đưa ra các khuyến cáo thay đổi lối sống (như tập thể dục, ngừng hút thuốc, vv) cho người bệnh để giảm nguy cơ đột quy tiếp theo.

Người bệnh cần được cung cấp thông tin về nguy cơ tái phát đột quy, các dấu hiệu và triệu chứng khởi phát và những hành động mà họ cần thực hiện nếu nghi ngờ đột quy. Các công cụ như FAST (Face, Arm, Speech, Time: Mặt, Tay, Lời nói, và Thời gian) có thể là một biện pháp phòng ngừa đột quy sơ cấp hiệu quả. (SIGN, 2008) - Xem Phụ lục 4.

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

1.9. Sự hồi phục sau Đột quy

- Sự hồi phục sau đột quy không phải là một đường thẳng, mà theo một đường cong, và hầu hết hồi phục xảy ra trong những ngày tháng đầu tiên. Quá trình hồi phục bao gồm bốn giai đoạn, đan xen lẫn nhau và không được phân chia một cách rõ ràng: Giai đoạn (tối) cấp (0-24 giờ)
- Giai đoạn phục hồi sớm (24 giờ - 3 tháng)
- Giai đoạn phục hồi muộn (3 - 6 tháng)
- Phục hồi chức năng trong giai đoạn mạn tính (> 6 tháng) (KNGF, 2014)

2. Chuyển tuyến và Nguyên tắc của Phục hồi chức năng Đột quy

2.1. Giới thiệu

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) mô tả phục hồi chức năng là "một tập hợp các biện pháp hỗ trợ những người đang chịu đựng, hoặc có khả năng gặp phải, tình trạng khuyết tật do khiếm khuyết, bất kể xảy ra khi nào (bẩm sinh, sớm hay muộn) nhằm đạt được và duy trì hoạt động chức năng tối ưu trong mối tương tác với môi trường", "Các biện pháp phục hồi chức năng nhắm vào các cấu trúc và chức năng của cơ thể, các hoạt động và sự tham gia, các yếu tố cá nhân và các yếu tố môi trường" (WHO, 2011).

Phục hồi chức năng có thể bao gồm nhiều hoạt động trong nhiều lĩnh vực khác nhau. Trong lĩnh vực y tế, phục hồi chức năng tác động đến các bệnh lý và khiếm khuyết mạn tính, hoặc kéo dài với mục tiêu đảo ngược hoặc hạn chế ảnh hưởng của chúng. Các dịch vụ có thể bao gồm âm-ngữ trị liệu, vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, cung cấp các dụng cụ trợ giúp, và các phẫu thuật đặc biệt để chỉnh sửa các biến dạng và các loại khiếm khuyết khác.

Mặc dù có những cải thiện về tỷ lệ tử vong và tỷ lệ bệnh tật, người bệnh đột quy vẫn cần được tiếp cận các dịch vụ PHCN có hiệu quả. Phục hồi chức năng đột quy là một quá trình đa chiều, được thiết kế để tạo thuận cho sự phục hồi, hoặc thích nghi với sự mất mát, của các chức năng sinh lý hoặc tâm lý khi không thể đảo ngược hoàn toàn quá trình bệnh lý. Phục hồi chức năng hướng đến việc cải thiện các hoạt động chức năng và sự tham gia trong xã hội và từ đó cải thiện chất lượng cuộc sống.

Quá trình phục hồi có thể bị gián đoạn ở bất kỳ giai đoạn nào do khuyết tật trước đó, các bệnh lý kèm theo và các biến chứng của đột quy.

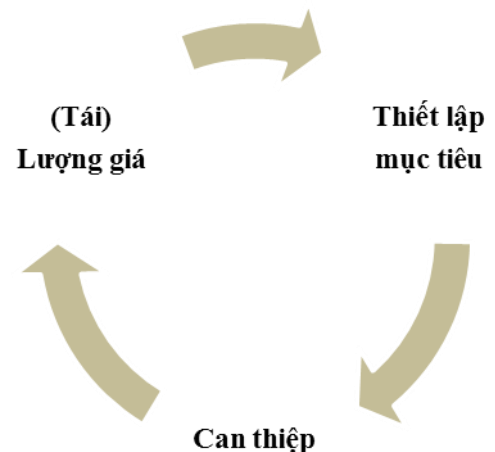
Các hoạt động chính của PHCN bao gồm:

- Sàng lọc và lượng giá đa ngành
- Xác định và đo lường các khó khăn về chức năng
- Lập kế hoạch điều trị thông qua thiết lập mục tiêu
- Cung cấp các biện pháp can thiệp có thể là cải thiện phục hồi hoặc nâng đỡ hỗ trợ bệnh nhân
- Đánh giá hiệu quả của can thiệp
- Báo cáo

2.2. Quy trình Phục hồi chức năng

Tiếp cận PHCN truyền thống đi theo một quy trình:

2.2.1. Lượng giá



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

2.2.2. Thiết lập Mục tiêu

- Trên cơ sở lượng giá, các mục tiêu PHCN của người bệnh được xác định. Đây có thể là các mục tiêu ngắn hạn, trung hạn và dài hạn;
- Xây dựng một kế hoạch để đạt được các mục tiêu này

2.2.3. Can thiệp

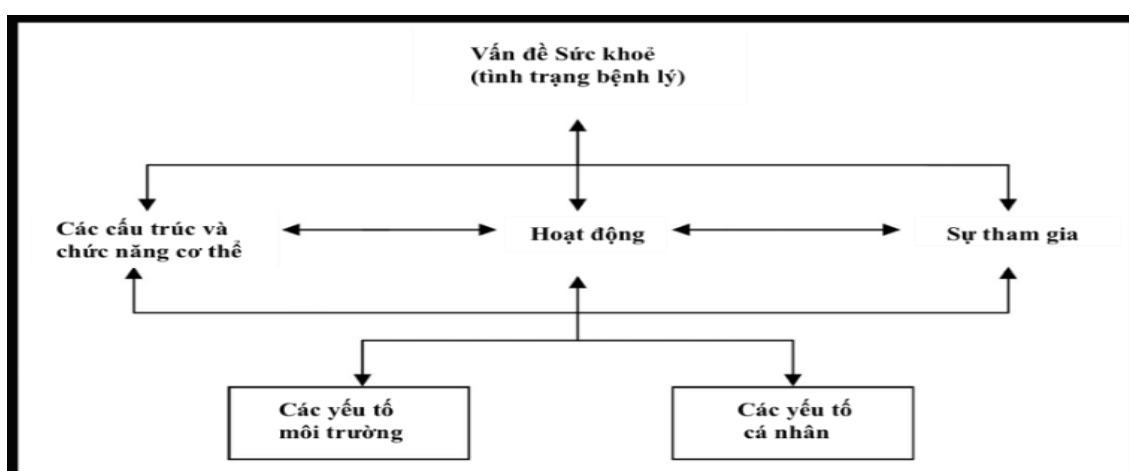
- Điều trị phù hợp để đạt được các mục tiêu;

2.2.4. Tái Lượng giá

- Lượng giá tiến triển của người bệnh nhằm xem xét can thiệp có đạt được các mục tiêu đã thống nhất hay không. Nếu không thì có thể xem xét lại các mục tiêu và điều chỉnh các can thiệp.

2.3. ICF

Phục hồi chức năng có thể được tóm tắt trong mô hình ICF (Phân loại quốc tế về Chức năng, Khuyết tật và Sức khỏe) do WHO xây dựng (2001). ICF khái niệm hoá mức độ hoạt động chức năng của một cá nhân là một sự tương tác động giữa tình trạng sức khỏe của họ với các yếu tố môi trường và các yếu tố cá nhân. Đây là một mô hình sinh lý- tâm lý- xã hội, dựa trên sự tích hợp của các mô hình xã hội và 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 yếu tố môi trường vì chúng ảnh hưởng đến tất cả và có thể cần phải được thay đổi.



WHO (2001). Mô hình ICF

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

Thực hành tốt nhất trong cung cấp dịch vụ cho người bệnh đột quỵ và gia đình họ là áp dụng các tiếp cận lấy người bệnh và gia đình làm trung tâm.

Điều trị và chăm sóc cần xét đến các nhu cầu và sở thích của cá nhân. Người bệnh nên có cơ hội đưa ra những quyết định khi đã được cung cấp đầy đủ thông tin về phương pháp chăm sóc và điều trị của họ, kết hợp với các nhân viên y tế. Nếu người bệnh đồng ý, gia đình và người chăm sóc nên có cơ hội tham gia vào các quyết định về điều trị và chăm sóc. Gia đình và người chăm sóc cũng cần được cung cấp thông tin và hỗ trợ khi cần (NICE, 2014).

Cách tiếp cận lấy người bệnh làm trung tâm nên là cơ sở cho quá trình thiết lập mục tiêu. Các mục tiêu điều trị dễ đạt được hơn nếu người bệnh tham gia trong quá trình thiết lập chúng. Hơn nữa, bằng chứng cho thấy quá trình thiết lập mục tiêu như vậy có một tác dụng điều trị tích cực, khuyến khích người bệnh đạt được các mục tiêu của họ (Hurn và cộng sự, 2006).

Thực hành lấy người bệnh làm trung tâm đặt cá nhân người bệnh ở trung tâm và nhấn mạnh việc xây dựng mối quan hệ đối tác với người bệnh đột quỵ và gia đình họ, xem họ là những thành viên quan trọng của nhóm phục hồi. Tiếp cận này nhấn mạnh bốn khía cạnh:

- Mỗi cá nhân là duy nhất
- Mỗi cá nhân là một chuyên gia trong cuộc sống của chính họ
- Quan hệ đối tác là chìa khóa
- Tập trung vào các điểm mạnh của cá nhân

Thực hành lấy người bệnh làm trung tâm trao quyền và sự kiểm soát cho người bệnh và gia đình họ. Nó điều chỉnh các hỗ trợ để đạt được các mục tiêu và tương lai của người đó và nhằm mục đích hòa nhập xã hội, đạt được các vai trò có giá trị và sự tham gia vào cộng đồng.

Thực hành lấy gia đình làm trung tâm áp dụng một triết lý tương tự với thực hành lấy người bệnh làm trung tâm và hơn thế nữa, thừa nhận rằng khi làm việc với người bệnh đột quỵ, gia đình và người chăm sóc là những người ra quyết định quan trọng. Thực hành lấy gia đình làm trung tâm bao gồm một tập hợp các giá trị, thái độ và cách tiếp cận các dịch vụ cho người bệnh đột quỵ và gia đình của họ. Gia đình làm việc với những người cung cấp dịch vụ để đưa ra những quyết định sau khi được cung cấp đầy đủ thông tin về các dịch vụ và hỗ trợ mà người bệnh và gia đình nhận được. Trong tiếp cận lấy gia đình làm trung tâm, những điểm mạnh và nhu cầu của tất cả các thành viên trong gia đình và người chăm sóc được xem xét. Gia đình xác định các ưu tiên của can thiệp và dịch vụ. Tiếp cận này dựa trên tiền đề rằng các gia đình biết điều gì tốt nhất cho người bệnh, rằng các kết quả hồi phục tối ưu xảy ra trong một môi trường nâng đỡ của gia đình và cộng đồng và rằng mỗi gia đình là duy nhất. Dịch vụ hỗ trợ và tôn trọng các năng lực và nguồn lực của mỗi gia đình. Năng lực gia đình bao gồm kiến thức và những kỹ năng mà gia đình cần để hỗ trợ

các nhu cầu và sức khỏe của người bệnh đột quỵ. Năng lực là khả năng thể chất, tinh thần và tình cảm cần thiết để hỗ trợ người bệnh đột quỵ, và có tác động trực tiếp đến cảm giác có khả năng mà một thành viên trong gia đình trải qua khi chăm sóc một người bệnh đột quỵ.

Khuyến cáo -

> Các dịch vụ PHCN cần áp dụng các triết lý về thực hành lấy người bệnh và gia đình làm trung tâm

2.5. Bình đẳng Giới trong Sức khỏe

Bình đẳng giới trong sức khỏe có nghĩa là nam và nữ, trong suốt cuộc đời và trong tất cả sự đa dạng của họ, đều có cùng điều kiện và cơ hội để thực hiện đầy đủ quyền và tiềm năng của họ để được khỏe mạnh, góp phần vào phát triển sức khỏe và hưởng lợi từ các thành quả đó. (WHO, 2015).

Cần phân tách dữ liệu và tiến hành các phân tích về giới để xác định những khác biệt về giới và giới tính trong các nguy cơ và cơ hội về sức khỏe và để thiết kế các can thiệp về sức khỏe phù hợp.

Giải quyết bất bình đẳng giới giúp nâng cao khả năng tiếp cận và hưởng lợi từ các dịch vụ y tế. Cần khuyến khích phát triển các chương trình sức khỏe chú trọng đến vấn đề giới, được thực hiện một cách phù hợp và đem lại lợi ích cho cả nam và nữ. Nó sẽ giúp việc phòng ngừa và chăm sóc đột quỵ đạt được các mục tiêu và mục đích chiến lược của mình. Các mục tiêu đó là làm giảm sự bất bình đẳng về sức khỏe và tạo ra một sự khác biệt cho cuộc sống của phụ nữ và nam giới bằng cách nâng cao chất lượng các dịch vụ được cung cấp liên quan đến dự phòng, chẩn đoán và điều trị đột quỵ cũng như cải thiện kết quả của bệnh nhân.

2.6. Tổ chức Các dịch vụ Phục hồi chức năng

Các vấn đề chính trong việc lập kế hoạch các dịch vụ cho người bệnh đột quỵ là:

- Tổ chức chăm sóc tại bệnh viện (Trung ương, Tỉnh, Huyện) và Trung tâm Y tế phường xã
- Quyết định chăm sóc tại bệnh viện hoặc tại nhà
- Xuất viện và các dịch vụ sau khi xuất viện (bao gồm một hệ thống chuyển tuyến được tổ chức tốt)
- Phục hồi chức năng và theo dõi liên tục (bao gồm các nhu cầu cụ thể của những người bệnh trẻ tuổi). (SIGN, 2008)

Phục hồi chức năng được thực hiện tại cơ sở điều trị giai đoạn cấp, tức là người bệnh đột quỵ được nhập viện trực tiếp (tự đến) hoặc được chuyển lên từ trung tâm y tế phường xã và cũng có thể được thực hiện tại nhà /cộng đồng. Ví dụ, cơ sở tại cộng đồng có thể là một

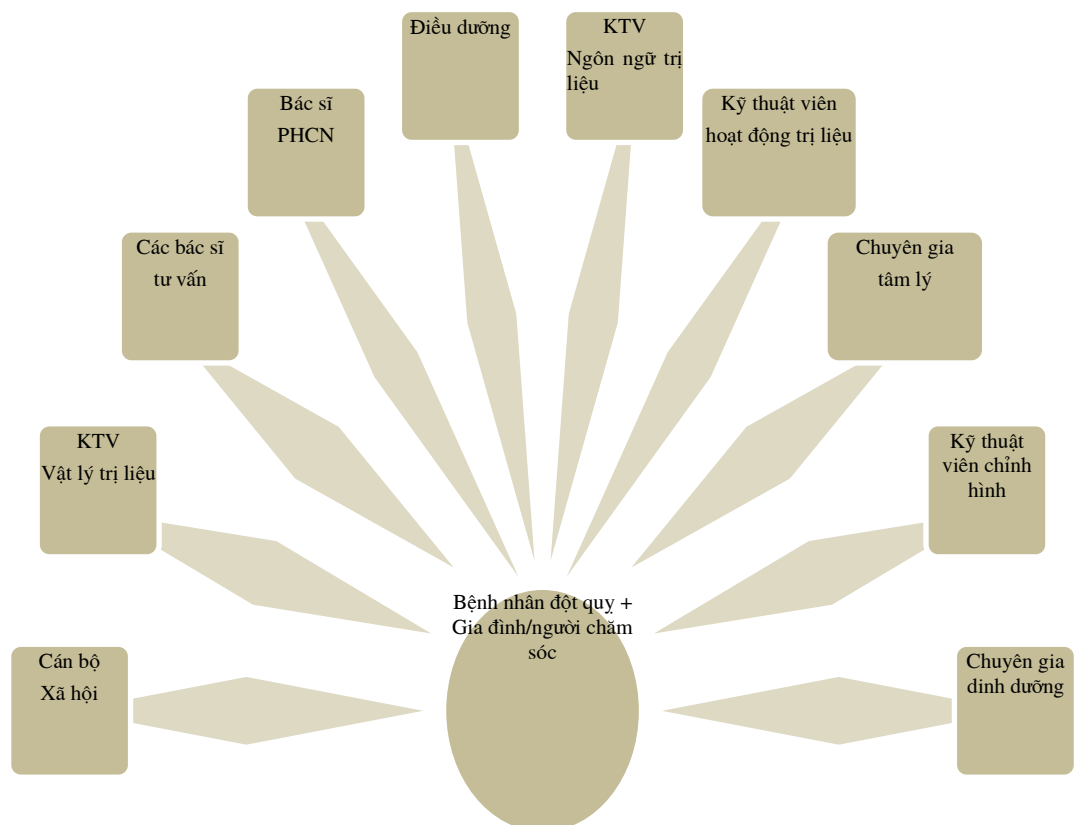
Bệnh viện Tỉnh, Bệnh viện Phục hồi chức năng, một phòng khám tư nhân hoặc của một tổ chức phi chính phủ.

2.7. Tiếp cận Đa chuyên Ngành

Một khía cạnh trung tâm của phục hồi đột quy là thông qua một tiếp cận nhóm được điều phối tốt. Điều này có thể đạt được bởi một nhóm các chuyên gia y tế đa chuyên ngành ^[A].

Nhóm Đa chuyên Ngành kết hợp các kỹ năng về y học, điều dưỡng và các chuyên ngành sức khoẻ khác và có thể liên quan đến các dịch vụ xã hội, giáo dục và hướng nghiệp để lượng giá, điều trị, đánh giá lại định kỳ, lập kế hoạch xuất viện và theo dõi. Là một nhóm, cần phải đáp ứng những điều sau đây:

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



Các tiếp cận của Nhóm Đa chuyên Ngành sử dụng các kỹ năng và kinh nghiệm của các chuyên gia từ các lĩnh vực khác nhau, mỗi lĩnh vực tiếp cận người bệnh theo quan điểm riêng trong các buổi tư vấn điều trị riêng biệt.

Một tiếp cận nhóm đa chuyên ngành tích hợp các tiếp cận mỗi ngành riêng biệt trong một buổi tư vấn điều trị duy nhất. Nghĩa là, việc hỏi bệnh, lượng giá, chẩn đoán, can thiệp và các mục tiêu xử lý ngắn hạn và dài hạn được thực hiện bởi nhóm, cùng với bệnh nhân, tại một thời điểm. Người bệnh tham gia mật thiết đến bất kỳ cuộc thảo luận nào về tình trạng hoặc tiên lượng của họ và các kế hoạch chăm sóc cho họ (Jessup, 2007).

2.8. Mức độ điều trị cần thiết cho người bệnh đột quỵ

Tất cả những người bệnh đột quỵ đều hưởng các lợi ích từ PHCN ngay cả những người bệnh bị bệnh nặng. Các bệnh viện cần đảm bảo có các quy trình và thủ tục giới thiệu chuyển tuyến rõ ràng để liên kết các dịch vụ giai đoạn cấp với dịch vụ PHCN để chăm sóc PHCN có thể bắt đầu càng sớm càng tốt và liên tục.

2.8.1. Phục hồi chức năng giai đoạn cấp ở bệnh viện

Hiện vẫn còn chưa rõ là thời gian PHCN tối thiểu để có hiệu quả là bao nhiêu. Các hướng dẫn nói rằng những người bệnh ở giai đoạn sớm cần phải được trị liệu PHCN càng nhiều tùy theo mong muốn và khả năng chịu đựng của họ. Thời gian được khuyến cáo là tối thiểu 45 phút/ngày trong ít nhất 5 ngày mỗi tuần cho mỗi loại trị liệu (NICE, 2013) ^[A].

2.8.2. Phục hồi chức năng giai đoạn tại bệnh viện/ tại nhà và cộng đồng

Tất cả những người bệnh đột quỵ được xuất viện vẫn còn tồn tại những vấn đề liên quan đến đột quỵ cần được theo dõi trong vòng 72 giờ bởi các dịch vụ PHCN đột quỵ chuyên khoa để lượng giá và xử lý liên tục ^[A].

Cần điều trị tích cực (sau giai đoạn cấp) ít nhất 45 phút đến 60 phút mỗi ngày cho mỗi phương pháp điều trị (VLTL, HĐTL, NNTL...) và ít nhất 5 ngày mỗi tuần ^[A]. Đối với những người không thể tiếp cận các dịch vụ PHCN, do những hạn chế về địa lý và tài chính, các đợt PHCN nội trú tích cực được khuyến cáo để tăng cường tối đa sự hồi phục (ví dụ ở Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Phục hồi chức năng). Các tài liệu cho thấy cần tập PHCN càng nhiều càng tốt trong 6 tháng đầu sau đột quỵ mặc dù sự hồi phục vẫn có thể xảy ra sau thời gian này (Tổ chức Đột quỵ Quốc gia, 2010; KNGF, 2014). Phục hồi chức năng liên tục có thể giúp phòng ngừa các biến chứng thứ phát. ^[A]

Ngoài các buổi trị liệu PHCN chính thức, các nhân viên y tế cần khuyến khích người bệnh và gia đình/người chăm sóc tiếp tục các bài tập PHCN an toàn và thích hợp nhằm gia tăng tối đa khả năng hồi phục. Hoạt động này có thể được giám sát bởi một cộng tác viên PHCN dựa vào cộng đồng được đào tạo phù hợp (WHO, 2016).

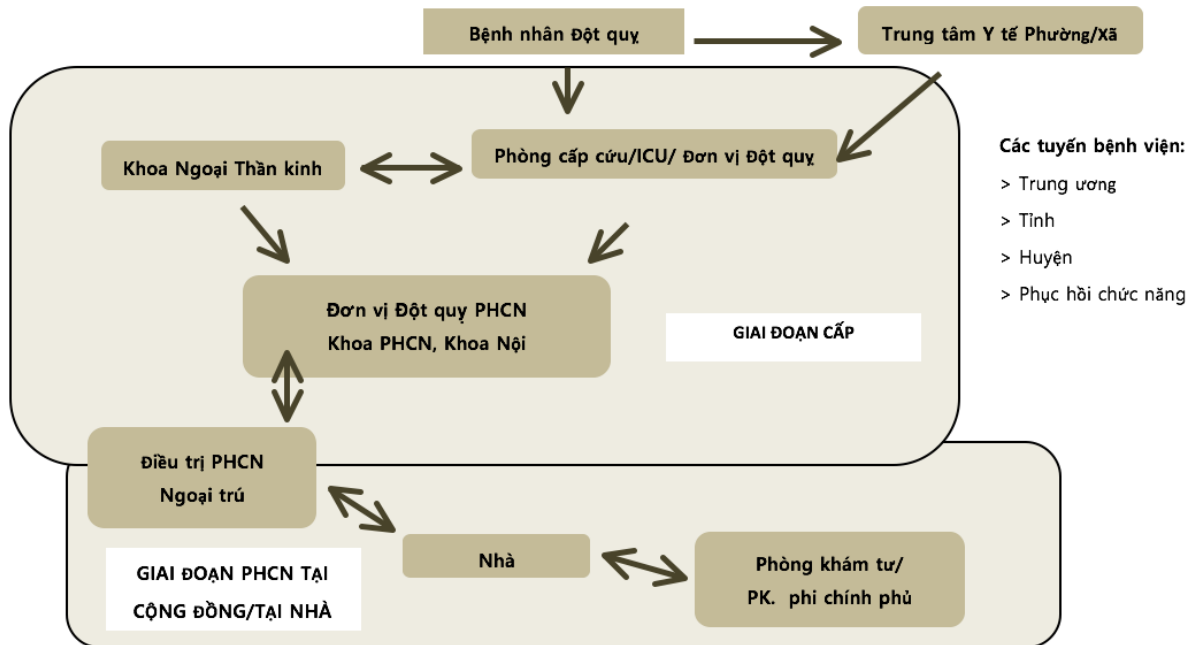
2.9. Các Lộ trình giới thiệu, chuyển tuyến

Lộ trình giới thiệu chuyển tuyến cho Đột quỵ phụ thuộc vào loại đột quỵ được chẩn đoán. Thông tin bổ sung về chẩn đoán đột quỵ có thể tham khảo từ các tài liệu liên quan.

Có bằng chứng rõ ràng rằng việc lượng giá, chẩn đoán và điều trị sớm tại bệnh viện cho các người bệnh nghi ngờ đột quỵ làm giảm tỷ lệ tử vong và tỷ lệ bệnh tật.

Tất cả người bệnh nghi ngờ đột quỵ (bất kể mức độ nặng nào) cần được chuyển đến phòng cấp cứu của một bệnh viện ngay lập tức hoặc trực tiếp hoặc qua người cung cấp dịch vụ y tế địa phương (nghĩa là Trung tâm Y tế, bác sĩ) (SIGN, 2008) ^[A].

Do đó, người bị nghi ngờ bị đột quỵ cần phải được một bác sĩ lượng giá khẩn cấp và nhập viện. Lý tưởng thì một bác sĩ thần kinh/bác sĩ chuyên về đột quỵ sẽ thăm khám bệnh nhân.



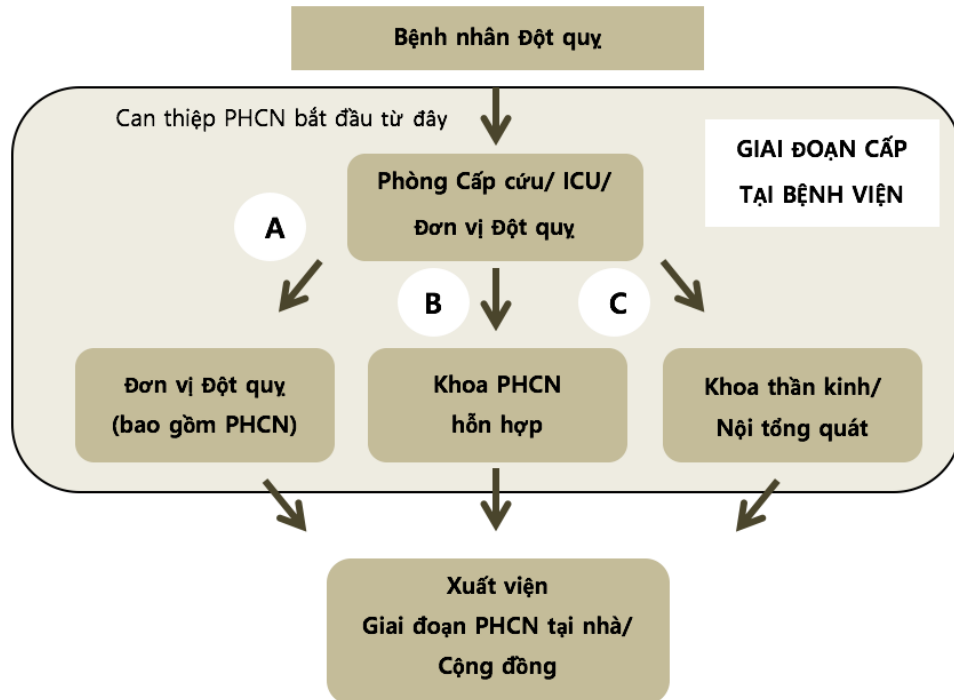
Sơ đồ các Lộ trình giới thiệu, chuyển tuyến PHCN ở Việt Nam

Khuyến cáo mục tiêu:

>Việc sử dụng một dịch vụ y tế từ xa cho phép một bác sĩ chuyên về đột quỵ ở xa liên lạc với người bệnh đột quỵ, người chăm sóc và một bác sĩ địa phương từ xa (SIGN, 2010). Các cơ sở chuyên khoa thần kinh có thể chưa được thành lập ở một số bệnh viện vì vậy có thể xem xét dịch vụ y tế từ xa trong các hoàn cảnh này.

Tất cả những người bệnh nghi ngờ bị đột quỵ nên được nhập trực tiếp vào một đơn vị đột quỵ cấp cứu chuyên khoa sau khi được lượng giá ban đầu, hoặc từ cộng đồng hoặc từ Khoa cấp cứu ^[A].

Việc nhập viện vào các đơn vị này phải trong vòng 4 giờ sau khi đến đơn vị cấp cứu, để có thể bắt đầu điều trị càng sớm càng tốt và để tránh các biến chứng. Một số người bệnh lớn tuổi bị đột quỵ cấp có thể cần được điều trị ở các đơn vị ở mức cao hơn, chẳng hạn như các đơn vị chăm sóc bệnh nặng, chăm sóc tích cực. (NICE, 2013) ^[B].



Tùy theo loại/mức độ trầm trọng của đột quỵ, sự ổn định nội khoa của người bệnh đột quỵ và hướng dẫn thực hành lâm sàng riêng của bệnh viện, người bệnh đột quỵ nên:

1. Được chuyển từ Khoa Cấp cứu sang Khoa Phẫu thuật Thần kinh và/hoặc Hồi sức Tích cực (ICU) và sau đó, khi đã ổn định nội khoa (huyết áp /sinh hoá máu bình thường, xem Phụ lục 2, Lượng giá Nguy cơ Phục hồi chức năng), được chuyển theo lộ trình giai đoạn cấp A, B hoặc C

2. Được chuyển thẳng từ Khoa Cấp cứu/ICU trực tiếp tới chuyển theo lộ trình giai đoạn cấp A, B hoặc C

2.9.1. Lộ trình giai đoạn cấp A

Đây là lộ trình chuyển lý tưởng, nghĩa là người bệnh đột quỵ nên được chuyển đến một Đơn vị Đột quỵ chuyên khoa trong bệnh viện ^[A].

Khuyến cáo duy nhất, quan trọng nhất để cải thiện xử lý đột quỵ là tổ chức các dịch vụ của bệnh viện để cung cấp chăm sóc thông qua đơn vị đột quỵ. Bằng chứng cho thấy trong một đơn vị đột quỵ và với việc kết hợp PHCN thì người bệnh đột quỵ có các kết quả lâm sàng tốt hơn về tỷ lệ sống sót và giảm tỷ lệ tử vong thông qua phòng ngừa và điều trị các biến chứng (đặc biệt là các biến chứng liên quan đến nhiễm trùng và bất động). Người bệnh

cũng có nhiều cơ hội trở về nhà và độc lập hơn nếu họ được xử trí trong một đơn vị đột quy thay vì nhập vào khoa nội tổng quát hoặc ở nhà. (KNGF 2014) ^[A].

Các đơn vị Đột quy

Một Đơn vị Đột quy (Cấp cứu) cần:

- Có đội ngũ nhân viên được đào tạo chuyên về chăm sóc điều trị giai đoạn cấp cho người bệnh đột quy.
- Điều này có thể bao gồm các thủ tục chẩn đoán và điều trị cần thiết sao cho điều trị tiêu sợi huyết được an toàn và hiệu quả (nếu người bệnh được nhập viện sớm sau khi khởi phát đột quy. Có thể thực hiện tại Khoa Cấp cứu)
- Có đội ngũ điều dưỡng với kinh nghiệm về xử lý đột quy giai đoạn cấp, về cả thần kinh và nội tổng quát
- Có thể tiếp cận các khoa xét nghiệm cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh
- Có thể tiếp cận với đội ngũ PHCN chuyên về đột quy và luôn cập nhật nâng cao chuyên môn
- Đảm bảo mỗi thành viên của Nhóm đa chuyên ngành lượng giá người bệnh toàn diện
- Người bệnh bị đột quy cần được lượng giá và xử lý bởi đội ngũ điều dưỡng đột quy và một bác sĩ PHCN trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện, và bởi tất cả các thành viên liên quan của nhóm PHCN chuyên khoa trong vòng 72 giờ^[B]
- Các mục tiêu đa ngành thống nhất được ghi lại trong vòng 5 ngày kể từ ngày nhập viện
- Có Nhóm đa chuyên ngành hoạt động phối hợp gặp nhau ít nhất 1 lần/ tuần để trao đổi thông tin về các người bệnh và khuyến khích tiếp cận đa chuyên ngành
- Có các cuộc họp chính thức thường xuyên với người bệnh đột quy và gia đình/người chăm sóc để giáo dục các nội dung liên quan và trả lời các câu hỏi/thắc mắc
- Khuyến khích việc vận động sớm người bệnh (trong vòng 24 giờ), tránh nghi ngại kéo dài trên giường và bắt đầu quá trình phục hồi, trừ khi có chống chỉ định của bác sĩ. (Bernhardt và AVERT, năm 2015) ^[A]

Việc sắp xếp tổ chức nhân sự tiêu biểu của một đơn vị đột quy 10 giường 10 (SIGN, 2008) ^[B]:

Bác sĩ/Bác sĩ PHCN chuyên về Đột quy	1-2 (toàn thời gian)
Điều dưỡng	10 (thay ca mỗi 24 giờ)
Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu	1-2 (toàn thời gian)
Kỹ thuật viên Hoạt động trị liệu	1-2 (toàn thời gian)
Kỹ thuật viên Ngôn ngữ trị liệu	0.5 (bán thời gian)
Nhân viên xã hội	0.5 (bán thời gian)
Các chuyên ngành khác:	
Chuyên viên Tâm lý học lâm sàng, Chuyên viên dinh dưỡng, Bác sĩ nhãn khoa, Kỹ thuật viên dụng cụ chỉnh hình, Bác sĩ chuyên khoa Tâm thần	

2.9.2. Lộ trình giai đoạn cấp B

Mặc dù nhập viện vào một đơn vị điều trị đột quỵ được tổ chức tốt là chọn lựa điều trị tối ưu, nhưng không phải lúc nào cũng khả thi. Một lựa chọn khác có thể là có một khoa PHCN trong bệnh viện. Các hướng dẫn quốc tế gọi là một Khoa Phục hồi chức năng Hỗn hợp. Khoa này sẽ có nhiều dạng người bệnh khuyết tật (bao gồm cả những người bệnh đột quỵ) và các người bệnh sẽ được phục hồi chức năng bởi các kỹ thuật viên và hoạt động phối hợp trong một Nhóm đa chuyên ngành (MDT). Bằng chứng cho thấy rằng những người bệnh ở trường hợp này ít khả năng bị tử vong, thời gian nằm viện ngắn hơn và ít phụ thuộc so với những người bệnh được chuyển đến một khoa nội tổng quát. (Foley và cộng sự, 2007) ^[B].

Nhóm đa chuyên ngành ở khoa này có thể không được đào tạo chuyên sâu về xử lý đột quỵ nhưng ít nhất họ vẫn tuân theo các cơ chế quản lý và điều phối như trong một Đơn vị Đột quỵ PHCN và có kiến thức kỹ năng tốt về chăm sóc những người có khuyết tật.

2.9.3. Lộ trình giai đoạn cấp C

Đây là trường hợp ít mong muốn nhất, khi người bệnh đột quỵ được nhập vào khoa nội tổng quát tại một bệnh viện. Các dịch vụ PHCN vẫn được thực hiện nhưng các bằng chứng cho thấy sự phục hồi không đáng kể như các đường giới thiệu A + B ^[A].

Các Khuyến cáo mục tiêu:

> *Người bệnh đột quỵ cần phải nhập viện nên được nhập vào một Đơn vị Đột quỵ (Lộ trình giai đoạn cấp A) có đội ngũ nhân viên bao gồm Nhóm đa chuyên ngành hoạt động phối hợp chuyên về chăm sóc đột quỵ^[A].*

> *Trong trường hợp không thể nhập vào những đơn vị như vậy thì khoa/đơn vị PHCN cần thực hiện chăm sóc điều trị PHCN bởi Nhóm đa chuyên ngành như là một phần của chăm sóc tại bệnh viện giai đoạn cấp (Lộ trình giai đoạn cấp B)^[B].*

> *Vận động sớm người bệnh có thể được bắt đầu ngay khi người bệnh được điều trị tiêu sợi huyết.*

2.10. Xuất viện

2.10.1. Quá trình xuất viện

Đột quỵ không chỉ là một tình trạng cấp tính mà còn gây ra các khiếm khuyết, giới hạn hoạt động và hạn chế sự tham gia kéo dài. Để xử lý tốt nhất nhiều loại rối loạn về thể chất, nhận thức, và cảm xúc, các người bệnh đột quỵ cần chăm sóc PHCN kết hợp liên tục bắt đầu tại bệnh viện ở giai đoạn cấp và chủ động theo dõi và hỗ trợ người bệnh khi họ chuyển qua các giai đoạn PHCN bán cấp và mạn tính.

Người bệnh và người chăm sóc cần phải được chuẩn bị sự chuyển tiếp từ bệnh viện sang một cơ sở chăm sóc khác hoặc tại nhà. Những cải tiến trong việc lập kế hoạch xuất viện có thể thay đổi đáng kể các kết quả của người bệnh khi họ chuyển sang mức độ chăm sóc tiếp theo.

Bệnh nhân, gia đình và người chăm sóc và những người cung cấp dịch vụ y tế đều đóng vai trò duy trì sức khỏe của người bệnh sau khi xuất viện. Và mặc dù lập kế hoạch xuất viện là một phần quan trọng trong kế hoạch chăm sóc tổng quát, thường có sự thiếu nhất quán trong cả quy trình và chất lượng của lập kế hoạch xuất viện trong toàn bộ chăm sóc sức khỏe.

Lập kế hoạch xuất viện là một quá trình dùng để quyết định xem người bệnh cần gì để cho sự chuyển tiếp từ mức độ chăm sóc này sang mức độ khác được thông suốt. Chỉ có bác sĩ mới có thể cho phép người bệnh xuất viện, nhưng quá trình lập kế hoạch xuất viện thực tế có thể được thực hiện bởi một nhân viên xã hội, điều dưỡng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu hoặc hoạt động trị liệu, người quản lý ca bệnh hoặc một người khác. Lý tưởng nhất và đặc biệt đối với một bệnh lý phức tạp như đột quy thì lập kế hoạch xuất viện được thực hiện bởi một tiếp cận Nhóm Đa chuyên Ngành.

Nói chung, những điểm cơ bản của kế hoạch xuất viện là:

- Đánh giá người bệnh bởi nhân viên có trình độ
- Thảo luận với người bệnh và/hoặc người đại diện của họ
- Lập kế hoạch về nhà hoặc chuyển sang một cơ sở y tế khác
- Xác định xem có cần phải huấn luyện thêm cho người chăm sóc hay cần hỗ trợ gì khác
- Giới thiệu đến các tổ chức hỗ trợ thích hợp trong cộng đồng
- Sắp xếp các buổi hẹn để theo dõi hoặc kiểm tra

Kế hoạch xuất viện cũng nên bao gồm thông tin về tình trạng người bệnh có thể cải thiện hay không; những hoạt động nào người bệnh có thể cần trợ giúp; thông tin về thuốc và chế độ ăn; cần có thêm thiết bị gì, chẳng hạn như xe lăn, ghế vệ sinh, hoặc oxy.

Nên cung cấp xuất viện sớm có hỗ trợ (phục hồi chức năng tại nhà) cho những người bệnh có thể di chuyển độc lập hoặc với sự trợ giúp của một người. Xuất viện sớm có hỗ trợ cần được xem là một phần của dịch vụ đột quy chuyên khoa có cùng cường độ và phối hợp kỹ năng giống như được cung cấp tại bệnh viện, và được bắt đầu sớm (NICE, 2013) ^[A].

Cần huấn luyện cho người chăm sóc những người bệnh không thể di chuyển độc lập về cách di chuyển và cầm nắm xử lý người bệnh và sử dụng dụng cụ được cung cấp cho đến khi họ có thể di chuyển và đặt tư thế người bệnh một cách an toàn ở nhà.

Lập kế hoạch xuất viện hiệu quả có thể làm giảm nguy cơ tái nhập viện của người bệnh đột quy, và cũng có thể thúc đẩy sự tham gia của bệnh nhân, đảm bảo thuốc được chỉ định và sử dụng đúng, giúp chuẩn bị đầy đủ cho gia đình và người chăm sóc.

Ngay cả những biện pháp đơn giản cũng rất hữu ích. Ví dụ như:

- Tất cả người bệnh cần tiếp tục tiếp cận các dịch vụ đột quy chuyên khoa sau khi xuất viện, và cần biết cách liên lạc với họ.
- Bệnh nhân/người chăm sóc nên có một số điện thoại có thể gọi được 24 giờ/ngày, kể cả ngày cuối tuần, để thông tin về chăm sóc.
- Cần sắp xếp một cuộc hẹn tái khám với bác sĩ trước khi người bệnh rời bệnh viện.
- Vì những sai sót trong việc sử dụng thuốc thường xảy ra và có thể gây nguy hiểm, việc xem xét kỹ lưỡng tất cả các loại thuốc phải là một phần quan trọng của lập kế hoạch xuất viện. Thuốc cần phải được "đối chiếu", tức là so sánh các thuốc trước khi nhập viện với đơn thuốc sau xuất viện để thấy rằng không có sự trùng lặp, thiếu sót, hoặc các tác dụng phụ có hại.

Trong hoàn cảnh tốt nhất, người lập kế hoạch xuất viện nên bắt đầu đánh giá của mình khi người bệnh được nhập viện.

2.10.2. Vai trò của người chăm sóc trong quá trình xuất viện

Nhân viên phụ trách xuất viện sẽ không hiểu rõ mọi mặt về hoàn cảnh của người bệnh đột quy. Mặc dù người chăm sóc có thể không phải là một chuyên gia về y tế, nếu họ chăm sóc người bệnh trong một thời gian dài, người đó chắc chắn biết rất nhiều về người bệnh và về khả năng chăm sóc của mình và tạo sự an toàn ở nhà.

Người lập kế hoạch xuất viện cần thảo luận với người chăm sóc về khả năng chăm sóc. Một số hoạt động chăm sóc có thể tương đối phức tạp. Điều quan trọng là người chăm sóc cần được đào tạo những kỹ thuật chăm sóc đặc biệt mà họ cần, như chăm sóc vết thương, ống cho ăn và ống thông, các thủ tục cho máy thở, hoặc di chuyển người bệnh từ giường sang ghế. Tài liệu phải được cung cấp với một ngôn ngữ dễ hiểu.

Các trách nhiệm chăm sóc thông thường có thể là:

- Chăm sóc cá nhân: tắm, cho ăn, mặc quần áo, đi vệ sinh
- Chăm sóc nội trợ: nấu ăn, vệ sinh, giặt giũ, mua sắm
- Chăm sóc sức khỏe: quản lý thuốc men, hẹn bác sĩ, vật lý trị liệu, điều trị vết thương, tiêm truyền, các thiết bị và kỹ thuật y tế
- Chăm sóc tinh cảm: tình bạn, các hoạt động có ý nghĩa, trò chuyện.

Các tổ chức cộng đồng có thể giúp đỡ phần nào những nhiệm vụ này.

Nếu người bệnh sắp được xuất viện chuyển đến một cơ sở PHCN, lập kế hoạch chuyển tiếp hiệu quả cần đảm bảo chăm sóc liên tục, nêu rõ tình trạng sức khỏe và khả năng hiện tại của người bệnh và xem xét lại các loại thuốc.

2.10.3. Cải thiện Hệ thống

Các cuộc thảo luận giữa các chuyên gia về cải thiện quy trình chăm sóc chuyển tiếp và lập kế hoạch xuất viện đã tập trung vào những cải thiện nhấn mạnh đến giáo dục và đào tạo, chăm sóc dự phòng và bao gồm người chăm sóc như là thành viên của nhóm chăm sóc sức khỏe. Đôi khi một số bước đơn giản cũng có thể hỗ trợ điều này. Chẳng hạn, gửi bản tóm tắt quá trình chăm sóc đến bác sĩ thường xuyên của người bệnh làm tăng khả năng giám sát hiệu quả chăm sóc. Cũng như vậy, các cuộc gọi điện thoại từ chuyên viên y tế am hiểu đến người bệnh và người chăm sóc trong vòng hai ngày sau khi xuất viện giúp tiên liệu các vấn đề và cải thiện chăm sóc tại nhà.

Những thay đổi rộng hơn trong thực hành và chính sách được khuyến cáo bao gồm:

- Công nhận chính thức vai trò của gia đình và những người chăm sóc không lương khác, xem họ như một phần của nhóm chăm sóc sức khỏe, và đánh giá khả năng và sự sẵn lòng chăm sóc của họ.
- Phối hợp việc chăm sóc xuyên suốt các cơ sở, từ bệnh viện đến cơ sở khác đến nhà. Cải thiện giao tiếp giữa các dịch vụ dựa vào bệnh viện và cộng đồng.
- Xây dựng các tài liệu giáo dục tốt hơn bằng ngôn ngữ đơn giản để giúp người bệnh và người chăm sóc biết được các hệ thống chăm sóc và hiểu các loại trợ giúp có thể dành cho họ, cả trong và sau khi nằm viện.
- Cải thiện việc đào tạo đội ngũ y tế.
- Làm cho chăm sóc chuyển tiếp được hưởng bảo hiểm y tế; thay đổi các chính sách chi trả để bao gồm cả chăm sóc tại nhà bên cạnh chăm sóc tại viện. Khen thưởng các bệnh viện và bác sĩ giúp người bệnh cải thiện

3. Quy trình Phục hồi chức năng

3.1. Sàng lọc và Lượng giá

3.1.1. Lượng giá y học

Hướng dẫn của NICE (2008) về chẩn đoán và xử lý ban đầu đối với đột quy và TIA (con thiếu máu não thoáng qua) nhấn mạnh việc chẩn đoán nhanh chóng các người bệnh với các triệu chứng đột ngột chứng tỏ bị đột quy và TIA.

Ở những người bệnh đột ngột xuất hiện các triệu chứng thần kinh, nên sử dụng một công cụ đã được chứng minh là có giá trị, chẳng hạn như FAST (Mặt, Tay, Nói, Thời gian), bên ngoài bệnh viện để sàng lọc chẩn đoán đột quy hoặc TIA.

Những người được nhập vào một phòng cấp cứu với nghi ngờ đột quy hoặc TIA nên được chẩn đoán nhanh chóng bằng một công cụ đã được chứng minh là có giá trị, chẳng hạn như ROSIER (Nhận biết Đột quy trong Phòng Cấp cứu).

Những người nghi ngờ đã bị TIA (nghĩa là họ không có triệu chứng thần kinh vào thời điểm lượng giá [trong vòng 24 giờ]) nên được lượng giá càng sớm càng tốt nguy cơ đột quy tiếp theo bằng một hệ thống tính điểm đã được chứng minh là có giá trị, chẳng hạn như ABCD².

Các can thiệp cấp cứu tùy theo kết luận của các dấu hiệu của lượng giá.

Những người có nghi ngờ đã bị TIA và có nguy cơ đột quy cao (tức là có điểm ABCD² từ 4 trở lên) cần được:

- cho dùng Aspirin (300 mg/ngày) ngay lập tức
- lượng giá và thăm dò chuyên khoa trong vòng 24 giờ sau khi bắt đầu triệu chứng
- áp dụng các biện pháp phòng ngừa thứ cấp ngay khi khẳng định chẩn đoán, bao gồm cả thảo luận về các yếu tố nguy cơ cá nhân.

Những người có hai hoặc nhiều lần TIA trong vòng một tuần cần được xem là có nguy cơ đột quy cao, mặc dù họ có thể có điểm ABCD² từ 3 trở xuống.

Những người nghi ngờ bị TIA và có nguy cơ đột quy thấp (nghĩa là điểm ABCD² thấp hơn hoặc bằng 3) nên được:

- cho dùng Aspirin (300 mg/ngày) ngay lập tức
- lượng giá và thăm dò chuyên khoa càng sớm càng tốt, chắc chắn trong vòng 1 tuần sau khi xuất hiện các triệu chứng

- áp dụng các biện pháp phòng ngừa thứ cấp ngay khi xác định chẩn đoán, bao gồm cả thảo luận về các yếu tố nguy cơ cá nhân.

Những người đã bị một lần TIA nhưng đến khám muộn (hơn 1 tuần sau khi triệu chứng cuối cùng biến mất) nên được điều trị như là họ có nguy cơ đột quy thấp.

Những người nghi ngờ đã bị TIA (có nghĩa là, triệu chứng và dấu hiệu biến mất hoàn toàn trong vòng 24 giờ) nên được lượng giá bởi một bác sĩ chuyên khoa (trong vòng 1 tuần sau khi khởi phát triệu chứng) trước khi quyết định chụp hình não.

Những người nghi ngờ đã bị TIA có nguy cơ đột quy cao (ví dụ điểm ABCD² từ 4 trở lên hoặc bị TIA hai hoặc nhiều lần trong vòng một tuần) mà không chắc chắn về bệnh lý hoặc phân vùng mạch máu nên được chụp hình não khẩn (tốt nhất là chụp cộng hưởng từ khuếch tán).

Những người nghi ngờ đã bị TIA có nguy cơ đột quy thấp (chẳng hạn như, điểm ABCD² dưới 4) mà không chắc chắn về bệnh lý hoặc phân vùng mạch máu nên được chụp hình não.

Chụp hình não nên được thực hiện ngay lập tức cho những người bệnh bị đột quy cấp nếu thỏa mãn bất kỳ điều nào sau đây ^[A]:

- Có chỉ định liệu pháp tiêu sợi huyết hoặc điều trị chống đông sớm
- Đang được điều trị bằng thuốc chống đông
- Được biết là dễ chảy máu
- Giảm ý thức (Điểm hôn mê Glasgow (GCS) dưới 13)
- Các triệu chứng nặng lên hoặc dao động không giải thích được
- Phù gai thị, cứng cổ hoặc sốt
- Đau đầu dữ dội vào lúc bắt đầu các triệu chứng đột quy.

Đối với tất cả những người bệnh đột quy cấp mà không có các chỉ định chụp hình não ngay lập tức, cần phải chụp CT càng sớm càng tốt" (NICE, 2008) ^[A].

Có bằng chứng cho thấy rằng điều trị bằng phẫu thuật thần kinh có thể được chỉ định cho một số rất nhỏ người bệnh đột quy được lựa chọn cẩn thận. (NICE, 2008)

Cần lượng giá tình trạng dinh dưỡng và chức năng nuốt, lượng giá nguy cơ các biến chứng hô hấp và nguy cơ hình thành loét ép.

3.1.2. Lượng giá trước can thiệp và điều trị

Quá trình chẩn đoán của các khoa học hỗ trợ y học bắt đầu khi được bác sĩ giới thiệu và người bệnh trình diện với một KTV vật lý trị liệu, KTV hoạt động trị liệu hoặc KTV Ngôn ngữ trị liệu.

Khuyến cáo sử dụng các công cụ đo lường với các biểu mẫu ghi điểm tương ứng để lượng giá khách quan các khía cạnh như các triệu chứng thần kinh và các hậu quả chức năng của đột quy.

Khi bắt đầu trị liệu, kỹ thuật viên cần biết về hoạt động chức năng của người bệnh trước khi bị bệnh và hiện tại, sự hiện diện của các khiếm khuyết và giới hạn/hạn chế, hỗ trợ xã hội hiện có và các mong muốn của người bệnh. Nếu được, những dữ liệu này có thể được trích từ hồ sơ bệnh án. Nếu không có sẵn thông tin, kỹ thuật viên cần hỏi người bệnh để xác định và đánh giá mức độ của các khiếm khuyết chức năng như tình trạng yếu liệt, tầm vận động, điều hợp, cảm giác thân thể, cũng như các giới hạn hoạt động như dịch chuyển, khả năng đi lại, sự khéo léo của tay và sinh hoạt hàng ngày (SHHN). Nếu người bệnh không thể cung cấp các thông tin cần thiết, kỹ thuật viên có thể hỏi vợ/chồng hoặc người chăm sóc của bệnh nhân.

Sau khi hỏi bệnh, kỹ thuật viên đưa ra kết luận sơ bộ và hình thành các giả thiết, tạo thành cơ sở cho chẩn đoán. Việc sử dụng một số công cụ đo lường chọn lọc được khuyến cáo nhằm lượng giá khách quan các khiếm khuyết về chức năng cơ thể, giới hạn các hoạt động và hạn chế sự tham gia, cũng như các yếu tố môi trường cản trở và tạo thuận. (Để biết thêm chi tiết về các công cụ đo lường này, xin tham khảo các hướng dẫn vật lý trị liệu và hoạt động trị liệu cho đột quy). Các công cụ này cho phép kỹ thuật viên lượng giá các lĩnh vực điều trị có liên quan đến người bệnh ở mức độ các hoạt động và sự tham gia, như sự khéo léo của tay, đi và các khả năng có liên quan, SHHN cơ bản và SHHN phức tạp có sử dụng công cụ và chất lượng cuộc sống. Ở mức độ các chức năng cơ thể các công cụ này có thể liên quan đến các chức năng thần kinh, các chức năng về thể chất, tâm lý, tâm thần kinh, và một môi. (KNGF, 2014).

3.2. Thiết lập mục tiêu

Thiết lập mục tiêu đã trở thành một phần thường lệ của PHCN và nhiều tiếp cận chăm sóc lâm sàng đa ngành. Có rất nhiều tài liệu chứng minh lợi ích của nó, như là một phần của giao tiếp và quá trình ra quyết định, và là một biện pháp đo lường kết quả PHCN lấy người bệnh làm trung tâm. (Hurn và cộng sự, 2006)

Cần đảm bảo rằng những người bệnh đột quy có các mục tiêu cho quá trình PHCN của mình sao cho:

- Có ý nghĩa và có liên quan đến họ
- Tập trung vào hoạt động và sự tham gia
- Khó khăn thử thách nhưng có thể đạt được
- Bao gồm cả các yếu tố ngắn hạn và dài hạn.

Cần đảm bảo rằng các buổi họp thiết lập mục tiêu trong quá trình PHCN đột quy:

- Được xếp lịch vào tuần làm việc

- Có sự tham gia của người bệnh đột quy, và, khi thích hợp, gia đình hoặc người chăm sóc trong cuộc thảo luận.

Cần đảm bảo rằng trong các buổi họp thiết lập mục tiêu, người bệnh đột quy được:

- Giải thích về quá trình thiết lập mục tiêu
- Cung cấp các thông tin họ cần ở một dạng mà họ có thể truy cập
- Hỗ trợ những gì họ cần để đưa ra các quyết định và tham gia tích cực trong việc thiết lập mục tiêu.

Cần gửi cho mọi người bản sao các mục tiêu PHCN đột quy đã được thống nhất sau mỗi buổi họp thiết lập mục tiêu. (NICE, 2013)

Một ví dụ về các mẫu thiết lập mục tiêu có thể tìm thấy trong Phụ lục 1.

3.3 Các chiến lược xử lý và phòng ngừa

3.3.1. Giai đoạn cấp

Không một thành viên cụ thể nào của Nhóm đa chuyên ngành sẽ chỉ định là ai sẽ làm gì với việc xử lý các triệu chứng điển hình sau đây của người bệnh đột quy. Các chức năng chung của mỗi thành viên trong Nhóm đa chuyên ngành đã được mô tả. Điều quan trọng là quản lý nhóm bao gồm người bệnh đột quy và gia đình/người chăm sóc.

Trong giai đoạn sớm cấp tính, việc kết hợp chăm sóc điều dưỡng, phục hồi chức năng và xử lý y học cấp rất quan trọng (Warlow và cộng sự, 2001) và được tóm tắt như sau:

Các khuyến cáo:

- > *Giữ vệ sinh tốt / phòng ngừa loét ép*
 - > *Duy trì cung cấp dịch và dinh dưỡng tốt*
 - > *Phòng ngừa nhiễm trùng hô hấp*
 - > *Tạo thuận lợi cho nuốt được an toàn*
 - > *Đặt khuyến khích hợp và xoay trở thường xuyên*
 - > *Vận động sớm*
-

(I) Giữ vệ sinh tốt/Phòng ngừa loét ép

Lý do

Để ngăn ngừa nhiễm trùng và tổn thương da; các tình trạng này có thể làm cho sức khỏe xấu đi và cản trở sự phục hồi.

Các hành động cần thực hiện

Xử lý các vấn đề tiêu tiện không tự chủ

(II) Duy trì cung cấp dịch và dinh dưỡng tốt

Lý do

- Tất cả người bệnh đột quy cần được theo dõi chặt chẽ tình trạng cung cấp dịch và dinh dưỡng bằng các công cụ lượng giá hoặc đo lường có giá trị.
- Cần bồi phụ dịch phù hợp để điều trị hoặc phòng ngừa mất nước.

Các can thiệp Phục hồi chức năng

- Cần phải lượng giá khả năng tự ăn uống
- Tất cả người bệnh đột quy nên được sàng lọc về tình trạng suy dinh dưỡng
- Những người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng, bao gồm những người bị khó nuốt, cần được giới thiệu đến một chuyên gia dinh dưỡng để được lượng giá và xử lý liên tục.
- Người bệnh đột quy cấp tính không thể ăn uống đầy đủ bằng đường miệng nên được:
 - Cho ăn qua ống thông (mũi- dạ dày) trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện
 - Cân nhắc sử dụng ống thông mũi có móc (bridle) hoặc phẫu thuật mở thông dạ dày nếu người bệnh không thể chịu đựng được ống thông mũi-dạ dày
 - Giới thiệu đến một chuyên viên y tế có trình độ phù hợp để được lượng giá dinh dưỡng chi tiết, tư vấn và theo dõi riêng.
- Tất cả những người bệnh bị đột quy cấp tính cần phải được theo dõi lượng thức ăn ăn vào.
- Bổ sung dinh dưỡng cho những người có tình trạng dinh dưỡng kém hoặc giảm sút.
- Cho ăn qua ống thông dạ dày là phương pháp lựa chọn trong tháng đầu sau đột quy cho những người bệnh không hồi phục được chức năng nuốt.
- Xem thêm An toàn nuốt

(III) Phòng ngừa Nhiễm trùng Hô hấp

Lý do

Để ngăn ngừa suy giảm sức khỏe (ví dụ như viêm phổi ứ đọng) và tử vong

Các hành động cần thực hiện

- Tư thế trị liệu
- Khuyến khích các bài tập thở sâu thường xuyên
- Khuyến khích vận động (nếu ổn định nội khoa - xem Phụ lục 2. Lượng giá Nguy cơ Phục hồi chức năng)

(IV) Tạo thuận nuốt an toàn

Lý do

Khó nuốt làm tăng nguy cơ các biến chứng như viêm phổi do hít phải (viêm phổi hít), mất nước và suy dinh dưỡng. Các biến chứng thường kết hợp với tình trạng chảy nước dãi quá mức, cũng thường gặp trong đợt quy. Khó nuốt cũng dẫn đến các hậu quả xấu như tử vong, nhiễm trùng hô hấp và khuyết tật (Tổ chức Đột quy Quốc gia Úc, 2010)

Các hành động cần thực hiện

- Khi nhập viện, người bệnh đột quy giai đoạn cấp cần được nhân viên y tế có trình độ sàng lọc về rối loạn nuốt trước khi cho ăn, uống hoặc dùng thuốc bằng đường miệng. Nếu sàng lọc lúc nhập viện phát hiện có rối loạn về nuốt, người bệnh cần phải được lượng giá chuyên khoa về nuốt, tốt nhất là trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện và không quá 72 giờ sau đó. Việc tuân thủ một quy trình sàng lọc khó nuốt sẽ làm giảm tỉ lệ viêm phổi trong giai đoạn cấp của đột quy (Tổ chức Đột quy Quốc gia Úc, 2010).

Khuyến cáo:

> *Phân xạ hầu họng không phải là một sàng lọc giá trị cho chứng khó nuốt và KHÔNG nên được sử dụng như một công cụ sàng lọc (Tổ chức Đột quy Quốc gia Úc, 2010)*

- Những người bệnh không qua được sàng lọc nuốt nên được giới thiệu đến một chuyên gia bệnh học ngôn ngữ để lượng giá toàn diện.
- Ở những người bệnh bị khó nuốt, hãy cho thức ăn và thức uống dưới dạng có thể nuốt được mà không gây hít vào, sau khi lượng giá chuyên khoa về nuốt
- Cung cấp điều trị rối loạn nuốt ít nhất 3 lần một tuần cho những người bị khó nuốt sau đợt quy, nếu họ có thể tham gia, miễn là họ tiếp tục cải thiện về chức năng.
- Điều trị rối loạn nuốt có thể bao gồm các chiến lược bù trừ, các bài tập và lời khuyên về tư thế. (NICE, 2013)
- Những người có nghi ngờ bị hít vào khi lượng giá chuyên khoa, hoặc những người cần được cho ăn bằng ống thông hoặc thay đổi chế độ trong 3 ngày, nên được:
 - Lượng giá lại và xem xét để thăm dò bằng dụng cụ
 - Giới thiệu để cho các lời khuyên về ăn uống.
- Cần hỗ trợ dinh dưỡng cho những người bệnh đột quy có nguy cơ suy dinh dưỡng, bao gồm bổ sung dinh dưỡng qua đường miệng, khuyến cáo chuyên môn về chế độ ăn và/hoặc cho ăn bằng ống thông. Cần phải theo dõi mọi người bệnh bị khó nuốt đang sử dụng chế độ ăn thay đổi về lượng ăn vào và dung nạp với chế độ ăn. Cần phải thường xuyên đánh giá lại nhu cầu tiếp tục thay đổi chế độ ăn của họ.
- Cần xem lại khẩn cấp những người bệnh đột quy giảm cân liên tục và nhiễm trùng hô hấp tái phát.
- Những người bệnh không qua được sàng lọc nuốt nên được chuyển đến chuyên gia bệnh học về ngôn ngữ để được lượng giá toàn diện. Lý tưởng thì lượng giá bổ sung sẽ sử dụng thăm khám bằng phương tiện như:

- Thăm dò nuốt bằng quay video có thuốc cản quang (VMBS, Videofluoroscopic modified barium swallow)
- Thăm dò về nuốt bằng ống nội soi mềm (FEES, Fibre-optic endoscopic examination of swallowing).
- Cần đặc biệt chú ý lượng giá và xử lý bồi phụ nước thích hợp. Những lượng giá này cũng có thể được sử dụng để theo dõi trong quá trình PHCN
- Các chiến lược phòng ngừa các biến chứng và phục hồi khả năng nuốt bình thường là:
 - i) Trực tiếp/Bù trừ
 - ✓ Thay đổi thức ăn và thức uống
 - ✓ Các chiến lược để nuốt an toàn (ví dụ như dành thời gian để nuốt, cho ăn khi người bệnh càng tỉnh càng tốt)
 - ✓ Đặt tư thế tối ưu cho người bệnh khi ăn; lưu ý: KHÔNG cho ăn ở tư thế nằm ngửa
 - ii) gián tiếp
 - ✓ Các bài tập cơ miệng
 - ✓ Kích thích các cấu trúc khoang miệng và hầu (ví dụ như xoa bóp)
- Tất cả nhân viên và người chăm sóc liên quan đến việc cho ăn phải được huấn luyện phù hợp về các kỹ thuật cho ăn, nuốt và đặt tư thế người bệnh khi cho ăn.
- Khó nuốt thường cải thiện dần trong vòng vài tuần sau đột quy tuy nhiên tình trạng này có thể kéo dài và đòi hỏi can thiệp lâu dài và/hoặc các chiến lược cho ăn thay thế.
- Tất cả người bệnh bị khó nuốt kéo dài hơn một tuần cần phải được lượng giá để xác định xem họ có phù hợp cho một chương trình PHCN về nuốt.
- Cần phải xem xét về:
 - Bản chất của rối loạn nuốt
 - Sự phù hợp của người bệnh về động cơ và tình trạng nhận thức.
- Những người bệnh không thể kiểm soát tiết nước bọt quá mức có thể phải được phẫu thuật khai khí quản.

(V) Đặt Tư thế Tri liệu thích hợp và xoay trở thường xuyên

Lý do

Đề thúc đẩy và tạo thuận lợi tối ưu cho PHCN sau đột quy thông qua:

- Bình thường hóa trương lực cơ
- Cung cấp thông tin cảm giác phù hợp và tăng cường nhận biết về không gian
- Ngăn ngừa các biến chứng như loét ép, co rút, đau và các vấn đề về hô hấp
- Hỗ trợ nuốt và ăn uống an toàn hơn

Các hành động cần thực hiện

- Nên thay đổi tư thế 2 giờ/lần nhất là những người bệnh đột quy ít hoạt động.
- Các tư thế chủ yếu được khuyến cáo và thay đổi luân phiên là:
 - i) Nằm
 - ✓ Nghiêng bên lành (để khuyến khích vận động của bên liệt)

- ✓ Nghiêng bên liệt (để tăng kích thích cảm giác lên bên liệt)
- ✓ Nửa ngửa (nằm ngửa hoàn toàn cản trở khả năng nuốt và giảm kích thích về tâm lý). Cần lưu ý rằng tư thế nửa ngửa có thể tạo ra các lực xé có thể dẫn đến nguy cơ loét ép nên trong trường hợp này cần thay đổi tư thế thường xuyên (Tổ chức Vết thương Quốc tế, 2010)
- ii) Ngồi
 - ✓ Trên giường (ngồi thẳng chân)
 - ✓ Lên ghế với nâng đỡ phù hợp nếu cần để giữ cho người bệnh ở tư thế thẳng trục

Xem Hình ảnh Tư thế Trị liệu - Phụ lục 3.

Lưu ý: Thường xuyên theo dõi các dấu hiệu sinh tồn (đặc biệt là Mạch, Huyết áp, Nhịp thở) và đánh giá khả năng chịu đựng với mỗi tư thế.

- Có thể cần các trang bị cụ thể như:
 - Nệm cứng (nệm mềm làm vận động chủ động khó khăn hơn)
 - Các gối và cuộn xốp để giữ các tư thế trị liệu
 - Ghế cạnh giường
 - Các tranh ảnh tư thế để giúp nhớ lại các tư thế điều trị có liên quan cho người bệnh đột quy
- Huấn luyện gia đình/người chăm sóc
 - Có thể hướng dẫn cho gia đình/người chăm sóc người bệnh đột quy về các tư thế trị liệu, sự cần thiết phải thay đổi tư thế thường xuyên và các kỹ năng cầm nắm liên quan đến những hoạt động này.

(VI) Vận động sớm

Lý do

- Để làm giảm nguy cơ các biến chứng sau đột quy do bất động như; yếu cơ, các vấn đề về hô hấp (như: nhiễm trùng đường hô hấp, viêm phổi), loét ép, giảm tầm vận động khớp, co rút, giảm sức khỏe chung (giảm sức bền tim), biến chứng huyết khối (ví dụ như tắc tĩnh mạch sâu chi dưới, thuyên tắc mạch phổi) và loãng xương.
- Vận động sớm cũng có thể tạo điều kiện thuận lợi cho sự hồi phục và độc lập và cải thiện tâm lý cho người bệnh đột quy và gia đình/người chăm sóc.

Các hành động cần thực hiện

- Khi ổn định nội khoa (xem các tiêu chuẩn về sự ổn định nội khoa- Lượng giá Nguy cơ Phục hồi chức năng - Phụ lục 2), tất cả các người bệnh giảm khả năng di chuyển sau đột quy cần được lượng giá thường xuyên bởi một nhân viên y tế đã được huấn luyện phù hợp để xác định các phương pháp di chuyển và vận động an toàn nhất.

- Người bệnh đột quy giai đoạn cấp cần được vận động sớm, trừ khi không ổn định nội khoa, bởi một nhân viên y tế được huấn luyện phù hợp với các thiết bị thích hợp (KNGF 2014)^[A].
- Vận động sớm có thể thay đổi từ di chuyển trên giường đơn giản (ví dụ như lăn sang bên), từ nằm sang ngồi, dịch chuyển và ngồi ra mép giường, từ ngồi sang đứng, đứng và đi. (Tổ chức Đột quy Quốc gia, 2010)
- Hiệu quả tâm lý của vận động sớm giúp làm giảm trầm cảm và có thể làm giảm chi phí chăm sóc điều trị.

3.3.2. Giai đoạn hậu cấp tính - Các can thiệp tại Bệnh viện và Cộng đồng

Sau khi ra khỏi khoa cấp cứu, các biện pháp sau đây được xem là một phần của chăm sóc PHCN người bệnh đột quy đã ổn định. Những biện pháp này có thể được thực hiện tại bệnh viện hoặc ở cộng đồng (NICE, 2013):

- Tư thế trị liệu
- Khuyến khích vận động sớm
- Tạo thuận lợi cho nuốt an toàn
- Xử lý thay đổi trong trương lực cơ
- Xử lý các rối loạn cảm giác
- Xử lý các khó khăn trong giao tiếp
- Tạo thuận chức năng chi trên
- Cải thiện cơ lực
- Cải thiện dáng đi, thăng, thăng bằng và di chuyển
- Cải thiện sức bền và sức khỏe chung
- Khuyến khích các hoạt động của cuộc sống hàng ngày
- Xử lý co rút
- Xử lý bán trật khớp vai
- Xử lý đau
- Xử lý sưng phù chi
- Khuyến khích tập sức bền tim phổi
- Xử lý mệt mỏi sau đột quy
- Xử lý các thay đổi về nhận thức
- Xử lý các rối loạn về tâm trạng, cảm xúc, hành vi + trầm cảm
- Xử lý các thay đổi hành vi
- Ngăn ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu + thuyên tắc mạch phổi
- Xử lý loét ép
- Xử lý nhiễm trùng
- Xử lý ngã
- Xử lý các vấn đề tiểu tiện không tự chủ
- Xử lý các vấn đề về thị giác

(I) Tư thế trị liệu

Xem trang {27}

(II) Khuyến khích vận động sớm

Xem trang {28}

(III) Tạo thuận nuốt an toàn

Xem trang {26}

(IV) Xử lý các thay đổi về trương lực cơ - Giảm trương lực cơ

Lý do

- Đột quy có liên quan đến tình trạng liệt (giai đoạn đầu trương lực cơ giảm) ở một bên cơ thể, có thể ở chi trên, chi dưới, thân mình và đầu/cổ.
- Hậu quả của giảm trương lực cơ có thể là nguy cơ chấn thương cao (xem bán trật khớp vai, yếu) và mất vận động chức năng.

Các hành động cần thực hiện

- Cần thận với đặt tư thế và cầm nắm di chuyển để phòng ngừa chấn thương và tạo thuận cho hồi phục vận động
- Khuyến khích chịu trọng lượng, tránh nằm giường lâu và khuyến khích tư thế ngồi, đứng thẳng (tùy thuộc vào sự ổn định nội khoa), khuyến khích các vận động chủ động và chủ động có trợ giúp.

(V) Xử lý các thay đổi về trương lực cơ - Tăng trương lực cơ (Co cứng)

Lý do

- Co cứng được định nghĩa là tăng hoạt tính của phản xạ kéo căng ở các cơ xương không tự ý, liên tục hoặc không liên tục.
- Co cứng có liên quan đến tổn thương thần kinh trung ương. Có những quan điểm trái ngược nhau về việc liệu co cứng trong đột quy là khiếm khuyết nguyên phát hay là thứ phát.
- Co cứng là một trong những nguyên nhân cơ bản của giảm khả năng di chuyển, co rút mô mềm, đau (đặc biệt là ở vai) và tình trạng tăng hoạt cơ quá mức (Gracies, 2005).

Các hành động cần thực hiện

- Xử lý co cứng là một xử lý liên tục 24 giờ liên quan đến toàn bộ nhóm đa chuyên ngành. Mục đích là nhằm bình thường hóa trương lực cơ và khuyến khích vận động chủ động chức năng. Điều này có thể đạt được bằng cách sử dụng các kỹ năng cụ thể trong việc cầm nắm, di chuyển và đặt tư thế cho bệnh nhân.
- Các phương pháp trị liệu PHCN có hiệu quả trong việc khôi phục chức năng và khả năng di chuyển mặc dù có một số phương pháp tiếp cận nhằm xử lý sự co cứng với các báo cáo mâu thuẫn nhau về phương pháp nào được ưa thích.

- Cần phải xem xét các biện pháp can thiệp nhằm giảm co cứng khi mức độ co cứng gây cản trở hoạt động hoặc khả năng chăm sóc người bệnh đột quy. Có thể cân nhắc sử dụng độc tố Botulinum nhóm A để giảm co cứng sau đột quy, khi co cứng gây đau hoặc cản trở nhiều chức năng vận động và khả năng giữ vệ sinh bàn tay. Nếu sử dụng thì phải kết hợp với các phương pháp trị liệu đang thực hiện.
- Điều quan trọng là phòng ngừa co cứng. Điều này có thể đạt được bằng cách khuyến khích vận động và chức năng bình thường, giảm đau và khó chịu, giảm bớt sợ hãi và cẩn thận khi cầm nắm di chuyển người bệnh đột quy.
- Cần phải loại bỏ những yếu tố kích thích, làm nặng thêm co cứng. Co cứng có thể tăng lên bởi nhiều loại kích thích khác nhau (như bàn quang bị căng, loét ép) do đó cần được xử lý phù hợp.
- Kiểm soát đau và xem lại tư thế và chỗ ngồi là những cân nhắc quan trọng đầu tiên trong xử lý co cứng.
- Có thể cân nhắc sử dụng các loại bột, nẹp, kéo dẫn thụ động trong các trường hợp co rút và biến dạng tang tiến
- Tiêm phong bế thần kinh
- Thuốc uống

Không khuyến cáo:

> *Nẹp cổ tay thường quy (SIGN 2010)*

(VI) Xử lý các rối loạn cảm giác

Lý do

- Các thay đổi về cảm giác có thể xảy ra ở 85% người bệnh đột quy (Kim JS, Choi-Kwon S, 1996) mặc dù con số này phụ thuộc vào cách khám cảm giác và nhiều nhà thần kinh học đồng ý rằng khám cảm giác là phần khó nhất trong thăm khám thần kinh (Adams và cộng sự, 1997)
- Khiếm khuyết cảm giác có thể dẫn đến giảm vận động chủ động và làm tăng nguy cơ tổn thương do chấn thương (ví dụ ngã do lăn trên mắt cá chân, chấn thương một chi, tổn thương do bỏng)

Các hành động cần thực hiện

- Tập luyện chuyên biệt về cảm giác cho thấy có hiệu quả trong cảm giác xúc giác và cảm thụ bản thể nhưng các chứng cứ nghiên cứu chưa có tính kết luận (Tổ chức Đột quy Quốc gia Úc, 2010)
- Khuyến khích theo dõi cơ thể khi bị mất cảm giác
- Cẩn thận với đặt tư thế, cầm nắm và vận động để phòng ngừa chấn thương

(VII) Xử lý những khó khăn trong giao tiếp

Lý do

- Báo cáo tỷ lệ các trường hợp đột quy cho thấy mất ngôn ngữ trong lượng giá ban đầu dao động từ 20% đến 38%.
- Mất ngôn ngữ (aphasia) ảnh hưởng đến khả năng nói và/hoặc viết và/hoặc hiểu ngôn ngữ nói và viết trong khi các khả năng nhận thức khác tương đối còn nguyên vẹn. Mất ngôn ngữ là một tình trạng kéo dài làm thay đổi cuộc sống, ảnh hưởng đến cả cá nhân và những người khác xung quanh về kiểu giao tiếp, lối sống, bản sắc và các vai trò trong cuộc sống. Mất ngôn ngữ có thể cùng tồn tại với các khiếm khuyết nhận thức khác.
- Loạn vận ngôn (Dysarthria) có thể ảnh hưởng lớn đến giao tiếp và chất lượng cuộc sống. Loạn vận ngôn là một khiếm khuyết về lời nói do vận động với mức độ nặng nhẹ khác nhau ảnh hưởng đến sự rõ ràng của lời nói, chất lượng /âm lượng giọng nói và khả năng hiểu được nói chung. Loạn vận ngôn được báo cáo xảy ra ở 20-30% người bệnh sống sót sau đột quy. (SIGN 2010)

Các hành động cần thực hiện

- Vai trò của KTV Ngôn ngữ trị liệu trong chứng mất ngôn ngữ bao gồm đánh giá, phân biệt chứng mất ngôn ngữ với những khó khăn giao tiếp khác, hướng dẫn và giáo dục để gia tăng tối đa khả năng giao tiếp, tư vấn, cung cấp dụng cụ giao tiếp thay thế hoặc tăng cường (AAC) và can thiệp trực tiếp
- Tất cả người bệnh cần được sàng lọc về các khiếm khuyết giao tiếp bằng một công cụ sàng lọc có giá trị và đáng tin cậy (ví dụ như Test sàng lọc mất ngôn ngữ Frenchay và Thăm khám chẩn đoán mất ngôn ngữ).
- Cần sàng lọc khó khăn về ngôn ngữ cho người bệnh đột quy trong vòng 72 giờ sau khi xuất hiện các triệu chứng đột quy.
- Giới thiệu những người bệnh nghi ngờ có khó khăn về giao tiếp sau đột quy đến một kỹ thuật viên âm- ngữ trị liệu để phân tích chi tiết về các khiếm khuyết về lời nói và ngôn ngữ và lượng giá ảnh hưởng của chúng. Trong trường hợp người bệnh đủ sức khỏe và mong muốn, nên điều trị Ngôn ngữ trị liệu tối thiểu hai giờ mỗi tuần.
- Hướng dẫn những người xung quanh người bệnh đột quy (bao gồm cả các thành viên trong gia đình, người chăm sóc và Nhóm đa chuyên ngành) phát triển các kỹ năng giao tiếp hỗ trợ để gia tăng tối đa khả năng giao tiếp của bệnh nhân.
- Thúc đẩy kỹ năng bằng cách sử dụng các thiết bị trợ giúp, chẳng hạn như máy trợ thính, bảng giao tiếp, ghế ngồi có hỗ trợ.
- Khuyến khích bệnh nhân, các thành viên gia đình và các thành viên trong cộng đồng sử dụng nhiều cách thức giao tiếp khác nhau, như cử chỉ, vẽ mặt, nói, đọc, viết và vẽ.
- Huấn luyện các kỹ năng giao tiếp (như nói chậm lại, không gián đoạn, sử dụng công cụ trợ giúp giao tiếp, cử chỉ, vẽ) đối với những người đối thoại với những người bị mất ngôn sau đột quy
- Cung cấp các dụng cụ trợ giúp giao tiếp cho những người bệnh đột quy nếu hữu ích, và hướng dẫn cách sử dụng chúng.
- Đảm bảo rằng các rào cản môi trường trong giao tiếp được giảm thiểu cho người bệnh đột quy. Chẳng hạn, đảm bảo các biển báo rõ ràng và môi trường ít tiếng ồn.

- Khi các khó khăn về giao tiếp được xác định là kéo dài ở các buổi tái khám đột quy vào lúc 6 tháng hoặc hàng năm, hãy giới thiệu người bệnh trở lại kỹ thuật viên âm ngữ trị liệu để lượng giá chi tiết và điều trị nếu có khả năng cải thiện chức năng.

(VIII) Tạo thuận chức năng chi trên

Lý do

- Trong đột quy, chi trên có xu hướng bị ảnh hưởng nhiều hơn chi dưới và 50% người bệnh đột quy bị mất chức năng chi trên (Wade DT, 1989)
- Thường thì sự phục hồi hoạt động của chi trên là nhiều nhất trong vài tháng đầu sau đột quy.

Các hành động cần thực hiện

- Cần khuyến khích tập luyện các hoạt động của chi trên, đặc biệt tập trung vào các hoạt động rèn luyện nhiệm vụ cụ thể và chức năng
- Những người bệnh gặp khó khăn khi sử dụng chi trên cần được tạo cơ hội thực hành hoạt động của chi trên càng nhiều càng tốt, đặc biệt là các nhiệm vụ có mục đích và chức năng
- Các loại can thiệp khác có thể là:
 - Tập luyện lặp lại tác vụ như vươn tới, nắm bắt, chỉ, di chuyển và kéo đồ vật trong các bài tập chức năng.
 - Thực hành bằng tưởng tượng (mental practice) có thể được xem như là một kỹ thuật hỗ trợ với tập luyện thông thường để cải thiện chức năng chi trên sau đột quy.
 - Đeo nẹp
 - ✓ Đối với người bệnh đột quy có nguy cơ bị co rút hoặc đã bị co rút và đang được chăm sóc PHCN toàn diện, việc đeo nẹp hoặc đặt các cơ ở tư thế kéo dài trong một thời gian dài một cách thường quy không được khuyến cáo. Nhưng nên cân nhắc sử dụng nẹp cổ bàn tay ở những người bệnh đột quy có nguy cơ, ví dụ như những người có bàn tay bất động do yếu, tăng trương lực cơ.
 - ✓ Nếu sử dụng nẹp cổ bàn tay cho người bệnh đột quy, cần phải được các nhân viên y tế có trình độ lượng giá và lắp đặt và phải lập kế hoạch đánh giá lại.
 - ✓ Khi chỉ định nẹp cần phải hướng dẫn cho người bệnh đột quy và gia đình/người chăm sóc cách mang/tháo và cách chăm sóc nẹp. Cũng cần hướng dẫn việc theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu đỏ da và tổn thương da.
 - Trị liệu vận động cưỡng bức (CIMT, Constraint Induced Movement Therapy) (SIGN, 2010)
 - ✓ Xem xét CIMT cho những người bệnh đột quy có thể duỗi cổ tay 20 độ và duỗi ngón tay 10 độ

- ✓ Cần biết được các tác dụng bất lợi có thể xảy ra (như ngã, tâm lý bị ức chế và mệt mỏi).
- ✓ Trị liệu PHCN tích cực đến 6 giờ một ngày kết hợp với kiềm chế tay không liệt đến 90% thời gian tỉnh
- ✓ Nhân viên y tế nên cần phải được huấn luyện về CIMT trước khi sử dụng cho bệnh nhân
- Kích thích điện chức năng - FES (SIGN, 2010)
 - ✓ Cân nhắc điều trị thử kích thích điện ở những người bệnh đột quy có dấu hiệu co cơ nhưng không thể di chuyển tay chống lại kháng trở.
 - ✓ Nếu điều trị thử được xem là phù hợp, cần đảm bảo rằng điều trị bằng kích thích điện được thực hiện bởi một chuyên viên PHCN có trình độ.
 - ✓ Mục đích của kích thích điện là cải thiện sức mạnh trong khi thực hiện các nhiệm vụ chức năng trong một chương trình PHCN đột quy toàn diện. Tiếp tục kích thích điện nếu có cải thiện hướng đến các mục tiêu rõ ràng về chức năng (ví dụ như duy trì tầm vận động, hoặc cải thiện cầm nắm và thả).
- Các liệu pháp tiềm năng khác: trị liệu với gương, tập luyện với hỗ trợ bằng robot.

(IX) Cải thiện sức mạnh cơ

Lý do

- Đột quy gây yếu cơ
- Gia tăng cơ lực tạo thuận vận động và giúp lấy lại chức năng
- Các bài tập cơ lực có thể giúp cải thiện tâm lý

Các hành động cần thực hiện

- Người bệnh đột quy nên tập các bài tập làm mạnh cơ hướng mục đích. Có thể tập luyện kết hợp với kích thích điện các nhóm cơ cụ thể
- Làm mạnh cơ tăng tiến có thể bằng cách tăng số lần lặp lại các hoạt động chịu trọng lượng (như lập lại động tác chuyển từ ngồi sang đứng), dùng cân nặng (ví dụ như bài tập kháng trở tăng tiến) hoặc tập kháng trở với dụng cụ như xe đạp tập.
- Tăng sức mạnh cơ giúp cải thiện chức năng và tốt nhất bằng các bài tập làm mạnh cơ hướng mục đích
- Đường như tập mạnh cơ với sự trợ giúp của dụng cụ thể dục hoặc các hình thức tập luyện chức năng không làm tăng tình trạng co cứng (KNGF, 2014) ^[B].

(X) Cải thiện dáng đi, thăng bằng và di chuyển

Lý do

- PHCN có hiệu quả trong việc cải thiện thăng bằng, di chuyển và đi lại (Pollock và cộng sự, 2014)
- Đi thường là ưu tiên hàng đầu của người bệnh đột quy

Các hành động cần thực hiện

- Các bài tập thăng bằng có thể được thực hiện ở nhiều tư thế khác nhau, từ ngồi, đứng một chân, đứng, đi và lên xuống cầu thang.
- Nên tập luyện dáng đi cho người bệnh sau đột quy để tạo thuận sự độc lập và giúp tăng sức bền và tốc độ. Tập luyện có thể với sự hỗ trợ của một thành viên trong gia đình/người chăm sóc, dụng cụ trợ giúp (ví dụ: dụng cụ chỉnh hình cổ bàn chân, gậy một chân).
- Cũng có thể sử dụng tập trên máy đi bộ, có nâng đỡ trọng lượng cơ thể hoặc không
- Cần tiếp tục tăng cường cơ lực, khuyến khích các vận động bình thường và không khuyến khích các vận động bù trừ để hỗ trợ tập luyện dáng đi.
- Có thể sử dụng kích thích điện chức năng làm giảm bàn chân rủ nhằm bổ sung cho các biện pháp trên.
- Các người bệnh đột quy có thể cảm thấy tự tin khi sử dụng một dụng cụ trợ giúp đi lại. Nếu dụng cụ trợ giúp đi cải thiện dáng đi, thăng bằng, chất lượng cuộc sống và độc lập, hoặc giảm té ngã sau đột quy, chúng có thể là một can thiệp chi phí hiệu quả. Tuy nhiên, dụng cụ trợ giúp đi có thể có ảnh hưởng xấu đến mẫu dáng đi và cản trở khả năng tự đi lại (không cần dụng cụ trợ giúp).
- Hiện tại chưa có đủ bằng chứng để đánh giá mức độ của những tác động tiềm ẩn này.
- Việc sử dụng dụng cụ trợ giúp đi lại và dụng cụ chỉnh hình phụ thuộc vào nhu cầu của người bệnh đột quy do kỹ thuật viên đánh giá. Cần hợp tác chặt chẽ với một kỹ thuật viên chỉnh hình khi lượng giá để chỉ định bất kỳ dụng cụ trợ giúp nào.
- Trị liệu với hỗ trợ của Robot có thể phổ biến hơn trong những năm tới.

(XI) Khuyến khích Sinh hoạt hàng ngày

Lý do

- Để khuyến khích sự độc lập và tham gia và giảm gánh nặng cho gia đình/người chăm sóc
- Để làm giảm trầm cảm

Các hành động cần thực hiện

- Cần lượng giá người bệnh đột quy về các nhu cầu thiết bị của họ và liệu gia đình hoặc người chăm sóc có cần được đào tạo để sử dụng thiết bị hay không.
- SHHN là các hoạt động cá nhân và có thể được chia thành:
 - Tự chăm sóc như tắm rửa, mặc quần áo, đi vệ sinh
 - Các hoạt động mở rộng như công việc ở nhà, đi đến cộng đồng, nơi làm việc, trường học, lái xe

- Huấn luyện SHHN là một can thiệp thường được sử dụng bởi các KTV hoạt động trị liệu, dù vậy, trong hoàn cảnh Việt Nam, đây có thể là một hoạt động của KTV vật lý trị liệu hoặc cộng tác viên đã được đào tạo
- Huấn luyện SHHN cần phải được khuyến khích bởi tất cả các thành viên MDT
- Thường huấn luyện SHHN được chia thành các hoạt động theo nhiệm vụ cụ thể được phân mức độ để có thể đạt được, nhưng phải khó khăn, nhằm thúc đẩy phục hồi, và trên hết là sự độc lập sau đột quy.
- Điều trị PHCN có thể bao gồm các chiến lược phục hồi hoặc bù trừ:
 - Các chiến lược phục hồi. Những biện pháp có thể bao gồm:
 - ✓ Khuyến khích những người bệnh bị lãng quên một bên chú ý về phía bên lãng quên ấy
 - ✓ Khuyến khích những người bệnh bị yếu tay phối hợp cả hai tay
 - ✓ Thiết lập một thói quen mặc quần áo cho những người có vấn đề như tập trung kém, không chú ý thị giác hoặc tay chân vụng về làm việc mặc quần áo khó khăn.
 - Các chiến lược đền bù. Những biện pháp có thể bao gồm:
 - ✓ Hướng dẫn người bệnh mặc áo quần với một tay
 - ✓ Hướng dẫn người bệnh sử dụng các dụng cụ như các dụng cụ trợ giúp ăn, tắm rửa và mặc quần áo.
- Đảm bảo rằng các thiết bị phù hợp được cung cấp và sẵn sàng cho người bệnh đột quy sử dụng khi họ xuất viện.
- Những người gặp khó khăn trong SHHN sau khi bị đột quy cần được theo dõi và điều trị đều đặn bởi một kỹ thuật viên có các kỹ năng cốt lõi và được đào tạo về phân tích và xử lý các SHHN. Cần tiếp tục điều trị cho đến khi người bệnh ổn định hoặc có thể tự thực hiện các mục tiêu cá nhân.

(XII) Xử lý co rút

Lý do

- Co rút là sự rút ngắn các mô mềm làm giảm tầm vận động khớp do các khiếm khuyết (ví dụ như yếu cơ hoặc co cứng) và đặt tư thế xấu kéo dài. Co rút có thể dẫn đến các thay đổi trong cấu trúc xương. Đặc biệt thường gặp là mất vận động xoay ngoài vai, duỗi khuỷu, quay ngửa cẳng tay, duỗi cổ tay và ngón tay và dạng ngón cái, gập mu cổ chân và xoay trong khớp háng.
- Những người bệnh bị yếu liệt cơ nặng đặc biệt dễ có nguy cơ hình thành co rút bởi vì bất kỳ khớp hoặc cơ nào không được di chuyển hoặc kéo dài đều đặn đều có nguy cơ bị các biến chứng mô mềm, cuối cùng sẽ hạn chế vận động và có thể gây đau.

Các hành động cần thực hiện

- Dù rằng mô mềm được cho là phải được kéo dài để phòng ngừa co rút, nhưng can thiệp phù hợp nhất để phòng ngừa hoặc xử lý co rút hiện vẫn chưa rõ ràng với ý kiến của các chuyên gia trái chiều nhau.

- Để đảm bảo duy trì tầm vận động, cần phải theo dõi các cơ có nguy cơ bị rút ngắn
- Cần áp dụng các phương pháp điều trị thường quy (như kéo dãn, khuyến khích vận động, làm mạnh cơ) cho những người bệnh đột quy có nguy cơ hoặc đã hình thành cơ rút.

Không khuyến cáo:

> Với những người bệnh đột quy có nguy cơ bị co rút hoặc đã bị co rút và đang được điều trị PHCN toàn diện, việc sử dụng thường quy các loại nẹp hoặc đặt các cơ ở tư thế kéo dài trong một thời gian dài KHÔNG được khuyến khích.

> KHÔNG nên sử dụng thường quy bài tập ròng rọc qua đầu để duy trì tầm vận động khớp vai.

Khuyến cáo:

> Bó bột tăng tiến (Serial casting) có thể được sử dụng để làm giảm co rút nặng, kéo dài khi điều trị thông thường thất bại (Tổ chức Đột quy Quốc gia Úc, 2010).

(XIII) Bán Trật Khớp Vai

Lý do

- Bán trật khớp vai thường phối hợp với đau vai và giảm chức năng chi trên.
- Có thể là do trương lực cơ giảm hoặc tăng

Các hành động cần thực hiện

- Điều quan trọng nhất là phòng ngừa bán trật
- Cần cân nhắc các chiến lược phòng ngừa bán trật khớp vai cho những người bệnh đột quy bị giảm trương lực cơ và cơ vùng vai bị liệt hoặc rất yếu
- Các can thiệp nhằm mục đích giảm chấn thương lên vùng vai, như là giáo dục tất cả nhân viên, người chăm sóc và người bệnh đột quy cách phòng ngừa bán trật khớp vai và đau vai do yếu cơ. Giáo dục có thể bao gồm các chiến lược chăm sóc vai trong quá trình dịch chuyển và cầm nắm bằng tay và các lời khuyên về đặt tư thế có nâng đỡ vai.
- Các người bệnh có vận động vai chủ động nhiều hơn có tỷ lệ bán trật thấp hơn.
- Với những người bệnh liệt nặng có nguy cơ bị bán trật khớp vai, các can thiệp có thể bao gồm:
 - Giáo dục và huấn luyện cho bệnh nhân, gia đình/người chăm sóc và nhân viên về cách cầm nắm di chuyển và đặt tư thế đúng cho tay bị tổn thương
 - Kích thích điện (cho cơ trên gai và cơ delta)
 - Các dụng cụ nâng đỡ vai
- Với những người bệnh đã bị bán trật khớp vai, can thiệp có thể bao gồm một dụng cụ nâng đỡ vai và các kỹ thuật cầm nắm để ngăn ngừa bán trật thêm

(XIV) Xử lý Đau - Đau vai

Lý do

- Người bệnh đột quy rất dễ bị đau. Đau thường xảy ra ở vai liệt và do tình trạng liệt (giảm trương lực cơ), co cứng, bất động và cầm nắm chăm sóc không đúng cách.
- Đau vai góp phần làm tăng co cứng, mất hồi phục chi trên, mất ngủ, trầm cảm và giảm chất lượng cuộc sống, cũng như kéo dài thời gian nằm viện.
- Các bệnh lý kèm theo liên quan đến tuổi tác do các thay đổi khớp (ví dụ như thoái hoá khớp) có thể làm tăng thêm đau đớn khó chịu, đặc biệt khi cầm nắm di chuyển và đặt tư thế.

Các hành động cần thực hiện

- Điều trị nhằm giảm đau và tạo thuận lợi cho di chuyển. Hiệu quả của điện trị liệu vẫn chưa có kết luận rõ ràng mặc dù các kỹ thuật điều trị bằng băng dán, nhiệt lạnh trị liệu và thần kinh đã được báo cáo là làm giảm đau vai.
- Phòng ngừa đau được xem là quan trọng nhất.
- Xác định nguyên nhân và điều trị phù hợp, ví dụ như điện trị liệu, nhiệt lạnh trị liệu và các kỹ thuật trị liệu thần kinh
- Tư vấn đặt tư thế tốt và chăm sóc tay (trong trường hợp không chú ý thị giác)
- Giáo dục các nhân viên y tế, người bệnh đột quy và gia đình/người chăm sóc về phòng ngừa chấn thương

Không khuyến cáo:

>Tập với ròng rọc qua đầu KHÔNG được khuyến cáo (Tổ chức Đột quy Quốc gia Úc, 2010).

(XV) Xử lý đau - Đau trung ương sau Đột quy

Lý do

- Đau trung ương sau đột quy (CPSP, Central Post-Stroke Pain) xảy ra ở khoảng 2-8% người bệnh đột quy và là một cảm giác rát bỏng, nhói, hoặc châm chích nông và khó chịu, thường nặng hơn khi sờ chạm, bởi nước hoặc vận động (Tổ chức Đột quy Quốc gia Úc, 2010).

Các hành động cần thực hiện

- Trong khi bằng chứng về các can thiệp cho đau trung ương sau đột quy vẫn chưa thuyết phục, cần phải xem xét thử các phương pháp điều trị khác nhau đặc biệt là khi đau gây cản trở các hoạt động chức năng. Các biện pháp này có thể bao gồm Kích thích Dây thần kinh bằng Điện xuyên qua da (TENS), châm cứu, xoa bóp hoặc các biện pháp điều trị tâm lý (ví dụ liệu pháp giải cảm giác hoặc liệu pháp nhận thức hành vi). Các biện pháp này có thể được xem xét áp dụng trước hoặc

cùng với các thuốc giảm đau nhưng bằng chứng cho những biện pháp này cũng còn hạn chế.

- Bất kỳ người bệnh đột quy nào bị đau trung ương sau đột quy mà không kiểm soát được trong vòng một vài tuần nên được giới thiệu đến một nhóm chuyên điều trị đau.

(XVI) Xử lý phù nề chi

Lý do

- Những người bệnh ở tư thế thẳng đứng người (đứng hoặc ngồi) với tay hoặc chân treo thõng hoặc bất động do yếu cơ có nguy cơ xuất hiện phù nề bàn tay và bàn chân.

Các hành động cần thực hiện

- Hiện có ít bằng chứng về các can thiệp để phòng ngừa và điều trị sưng phù.
- Phòng ngừa bằng khuyến khích vận động, nâng đỡ chi thể và chăm sóc chi (đặc biệt khi có tình trạng không chú ý)
- Mang vớ/tất thun tạo lực ép, kích thích điện, vận động thụ động liên tục (CPM) và nâng cao chân tay khi nghỉ. Có thể sử dụng lạnh trị liệu sau khi đã khám cảm giác da ở vùng điều trị.

(XVII) Xử lý mất sức bền tim phổi

Lý do

- Sức bền tim phổi suy giảm nghiêm trọng do tình trạng bất động ở giai đoạn sớm sau đột quy.

Các hành động cần thực hiện

- PHCN cần bao gồm các can thiệp nhằm làm tăng sức bền tim phổi một khi các nhóm cơ chi dưới của người bệnh đủ mạnh.
- Người bệnh cần được khuyến khích tham gia tập luyện thể dục thường xuyên, liên tục.
- Cần lượng giá những người có khả năng đi và ổn định nội khoa sau khi bị đột quy về tập kháng trở và tập tim phổi phù hợp với các mục đích cá nhân của họ.
- Tập kháng trở và sức bền tim phổi cho người bệnh đột quy nên được bắt đầu bởi một kỹ thuật viên vật lý trị liệu với mục đích là người bệnh đó tiếp tục tự tập dựa trên các hướng dẫn của kỹ thuật viên
- Đối với người bệnh đột quy đang tiếp tục tự tập một chương trình thể dục, kỹ thuật viên vật lý trị liệu cần cung cấp thông tin cần thiết về các can thiệp và thay đổi thích ứng để trong trường hợp người bệnh có một huấn luyện viên thể dục, người huấn luyện có thể đảm bảo chương trình của họ là an toàn và phù hợp với các nhu

câu và mục tiêu của bệnh nhân. Thông tin này có thể dưới hình thức các hướng dẫn bằng văn bản, trao đổi qua điện thoại hoặc một cuộc gặp chung với huấn luyện viên và bệnh nhân đột quy, tùy thuộc vào nhu cầu và khả năng của huấn luyện viên thể dục và người bệnh đột quy.

- Hãy thông báo cho những người bệnh đột quy đang tham gia các hoạt động thể dục về các vấn đề thường gặp có thể xảy ra, như đau vai, và khuyến cáo họ tham khảo ý kiến của bác sĩ hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu nếu chúng xảy ra.

(XVIII) Xử lý mệt mỏi sau Đột quy

Lý do

- Mệt mỏi ở đây được định nghĩa là sự mệt mỏi bất thường (hoặc bệnh lý) đặc trưng bởi cảm giác mệt mỏi không liên quan đến mức độ gắng sức trước đó và thường không cải thiện khi nghỉ ngơi.
- Nguyên nhân của mệt mỏi sau đột quy chưa được rõ nhưng tình trạng này thường gặp và kéo dài sau đột quy với tỷ lệ hiện mắc ước tính lên tới 70%.
- Mệt mỏi có liên quan đáng kể với hạn chế trong thực hiện các SHHN nhưng chủ yếu là do liên quan đến trầm cảm.

Các hành động cần thực hiện

- Không có đủ bằng chứng để khuyến cáo các can thiệp xử lý mệt mỏi sau đột quy. Các nhân viên y tế cần nhận ra những người bệnh bị mệt mỏi quá mức và cung cấp thông tin và các chiến lược thực tiễn như thỏa thuận về thời gian điều trị và thời gian nghỉ ngơi tùy từng trường hợp cụ thể. Không nên ép buộc các khoảng thời gian nghỉ.
- Nên sàng lọc trầm cảm cho những người bệnh này
- Những người bệnh đột quy và gia đình/người chăm sóc cần được cung cấp thông tin và giáo dục về mệt mỏi bao gồm các biện pháp có thể sử dụng như tập thể dục, tạo giấc ngủ ngon, tránh các thuốc an thần và rượu bia quá mức.

(XIX) Xử Lý Các Vấn Đề Về Nhận Thức

Lý do

- Khoảng 1/4 người bệnh đột quy có thể bị suy giảm nhận thức tổng quát trầm trọng.
- Những thay đổi về nhận thức sau đột quy có thể là tổng quát (ví dụ quá trình xử lý thông tin bị chậm) hoặc có thể ở các lĩnh vực cụ thể (ví dụ như định hướng, chú ý, trí nhớ, thị giác không gian, suy luận, hiểu biết kém về các khó khăn của họ, ngôn ngữ, lập kế hoạch và tổ chức)
- Khiếm khuyết nhận thức có thể đã tồn tại trước khi bị đột quy.

Các hành động cần thực hiện

- PHCN nhận thức liên quan đến những nỗ lực giúp người bệnh hiểu được các khiếm khuyết của họ và phục hồi lại chức năng hoặc để bù đắp cho các chức năng bị mất (ví dụ bằng cách hướng dẫn các chiến lược) để giúp thích nghi và tạo thuận lợi cho việc tự lập. Khi nghi ngờ có các vấn đề về nhận thức và những người thân báo cáo rằng người bệnh có những thay đổi về nhân cách, có thể giới thiệu người bệnh đến một nhà tâm lý học lâm sàng để được lượng giá và nếu thích hợp, được can thiệp về tâm lý, có thể gồm cả giáo dục và hỗ trợ cho người chăm sóc. Điều quan trọng là các kết quả thu được từ PHCN nhận thức được kết hợp vào cuộc sống hàng ngày bình thường.
- Tất cả người bệnh nên được sàng lọc về các khiếm khuyết nhận thức hoặc nhận cảm sử dụng các công cụ sàng lọc đã được chứng minh là có giá trị và đáng tin cậy. Ví dụ về các công cụ như vậy là MOCA/VOCA (xem Phụ lục 5)
- Việc lượng giá và PHCN các người bệnh như vậy thường do KTV HĐTL đảm trách. Nếu không có KTV HĐTL thì các thành viên khác của Nhóm Đa Ngành nên chịu trách nhiệm về lĩnh vực này.
- Những người bệnh được xác định trong quá trình sàng lọc có các khiếm khuyết về nhận thức nên được giới thiệu để thăm dò tâm lý thần kinh toàn diện.
- Hiểu biết đầy đủ về điểm mạnh và điểm yếu về nhận thức của người bệnh là một phần không thể tách rời của kế hoạch phục hồi.
- Có thể áp dụng PHCN nhận thức ở những người bệnh đột quy có suy giảm về chú ý và tập trung.
- Người bệnh đột quy nên được lượng giá đầy đủ về điểm mạnh và điểm yếu về nhận thức của họ khi được điều trị PHCN hoặc khi trở lại các hoạt động đòi hỏi nhận thức như lái xe hoặc làm việc.
- Cần giáo dục và hỗ trợ cho những người bệnh đột quy và gia đình và người chăm sóc để giúp họ hiểu được mức độ và ảnh hưởng của các khiếm khuyết nhận thức sau đột quy, nhận ra rằng những khiếm khuyết này có thể thay đổi theo thời gian và ở các môi trường khác nhau.
- Cần lượng giá trí nhớ và các lĩnh vực liên quan khác của chức năng nhận thức (như là các chức năng điều hành) ở người bệnh sau đột quy, đặc biệt là khi mà các khiếm khuyết trí nhớ ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày.
- Sử dụng các can thiệp cho trí nhớ và các chức năng nhận thức sau đột quy tập trung vào các nhiệm vụ chức năng có liên quan, có tính đến khiếm khuyết nguyên nhân.
- Xem xét tập luyện khả năng chú ý cho những người bệnh bị giảm chú ý sau đột quy.
- Sử dụng các biện pháp can thiệp về chú ý và các chức năng nhận thức sau đột quy tập trung vào các nhiệm vụ chức năng liên quan. Ví dụ, sử dụng các kỹ thuật chung như xử lý môi trường và cung cấp các nhắc nhở liên quan với hoạt động chức năng
- Lượng giá tác động của tình trạng không chú ý (thị giác) sau đột quy lên các nhiệm vụ chức năng như di chuyển, mặc quần áo, ăn uống và sử dụng xe lăn, áp dụng lượng giá chuẩn hoá và quan sát hành vi.
- Lượng giá tình trạng mất điều khiển hữu ý lời nói.

(XX) Xử lý rối loạn tâm trạng, hành vi, cảm xúc và trầm cảm

Lý do

- Rối loạn tâm trạng là một vấn đề rất thường gặp sau đột quỵ trong đó trầm cảm là hết sức phổ biến ảnh hưởng đến 1/3 người bệnh sống sót sau đột quỵ. Trầm cảm có liên quan đến chậm cải thiện chức năng và thời gian nằm viện kéo dài. Trầm cảm thường gặp ở giai đoạn cấp tính, trung hạn và dài hạn của đột quỵ và thường tự khỏi trong vòng vài tháng sau khi xuất hiện mà không cần bất kỳ liệu pháp chống trầm cảm đặc hiệu hoặc xử lý tích cực nào.
- Tình trạng lo âu, kèm theo hoang sợ hoặc không, có thể ở dạng toàn thể hoặc có thể liên quan đến những vấn đề cụ thể như sợ ngã hoặc bối rối khi tiếp xúc, điều này có thể dẫn đến lãng tránh một số tình huống nhất định.

Các hành động cần thực hiện

- Tất cả những người bệnh đột quỵ nên được sàng lọc về rối loạn tâm trạng, trầm cảm và suy giảm nhận thức bằng các công cụ đã được chứng minh là có giá trị.
- Trong khi rối loạn tâm trạng ở một số người bệnh có thể hồi phục tự phát sau một vài tháng, tình trạng này có thể kéo dài ở những người bệnh khác dù được can thiệp tích cực. Điều quan trọng là phải thông báo cho người bệnh và người chăm sóc rằng các vấn đề về tâm trạng thường xảy ra sau đột quỵ, và nếu các triệu chứng không thuyên giảm và cản trở các hoạt động chức năng thì cần phải thông báo cho nhân viên y tế.
- Khi xác định những khó khăn về cảm xúc mới hoặc dai dẳng vào lúc tái khám người bệnh đột quỵ vào tháng thứ 6 hoặc hàng năm, hãy giới thiệu họ đến những dịch vụ thích hợp để lượng giá chi tiết và điều trị.
- Phòng ngừa:
 - Nâng đỡ và giáo dục những người bệnh đột quỵ và gia đình/người chăm sóc về điều chỉnh cảm xúc với đột quỵ, nhận ra rằng các nhu cầu tâm lý có thể thay đổi theo thời gian và ở các môi trường khác nhau.
 - Có thể sử dụng các chiến lược tâm lý (ví dụ như giải quyết vấn đề, phòng vấn tạo động cơ) để phòng ngừa trầm cảm sau đột quỵ.
- Can thiệp:
 - Có thể sử dụng thuốc chống trầm cảm cho người bệnh đột quỵ bị trầm cảm và cho những người bệnh dễ thay đổi cảm xúc. Cần giải thích các tác dụng phụ có thể có của thuốc chống trầm cảm cho các người bệnh trước khi bắt đầu điều trị.
 - Có thể được sử dụng can thiệp tâm lý (nhận thức-hành vi) cho những người bệnh đột quỵ bị trầm cảm (các chương trình giáo dục)

Không khuyến cáo:

> **KHÔNG** nên dùng thuốc chống trầm cảm để phòng ngừa chứng trầm cảm sau đột quỵ. (Tổ chức Đột quỵ quốc gia Úc, 2010)

(XXI) Xử lý thay đổi hành vi

Lý do

- Các thay đổi về hành vi và nhân cách (ví dụ như dễ cáu giận, hiếu chiến, cố chấp, mất sức sống/lãnh đạm, dễ thay đổi cảm xúc, thiếu kiềm chế, bốc đồng và mất hiểu biết về bệnh tật) thường xảy ra sau đột quỵ và có thể gây trở ngại đáng kể đối với sự tham gia và tái hòa nhập cộng đồng. Những thay đổi như vậy cũng gây khó khăn cho gia đình, bạn bè và người chăm sóc, góp phần đáng kể vào gánh nặng và căng thẳng của người chăm sóc.

Các hành động cần thực hiện

- Cần lượng giá và giải quyết thích hợp các tác động của những thay đổi hành vi kéo dài đối với các hoạt động chức năng, sự tham gia và chất lượng cuộc sống, bao gồm ảnh hưởng đến các mối quan hệ, việc làm và giải trí.
- Các người bệnh đột quỵ và gia đình/người chăm sóc nên được tiếp cận với các can thiệp về các thay đổi về tính cách và hành vi được điều chỉnh riêng, ví dụ như tham gia vào liệu pháp xử lý giận dữ và đào tạo và hỗ trợ PHCN trong xử lý hành vi phức tạp và khó khăn.

(XXII) Phòng ngừa huyết khối Tĩnh mạch sâu và Thuyên tắc phổi

Lý do

- Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới và biến chứng thuyên tắc phổi là những nguy cơ quan trọng trong vài tuần đầu sau đột quỵ trong đó thuyên tắc phổi chiếm 5% số ca tử vong và là nguyên nhân gây tử vong sau đột quỵ thường gặp thứ ba.
- Các yếu tố nguy cơ bao gồm giảm vận động, độ trầm trọng của đột quỵ, tuổi, mất nước, thời gian giữa đột quỵ và đưa ra các biện pháp dự phòng kéo dài, đột quỵ xuất huyết và đột quỵ thiếu máu cục bộ không rõ nguyên nhân.

Các hành động cần thực hiện

- Việc chăm sóc bệnh viện ở một đơn vị đột quỵ được tổ chức tốt có thể làm giảm và phòng ngừa tỉ lệ bị thuyên tắc huyết khối do:
 - Các quy định PHCN vận động sớm
 - Bồi phụ nước sớm với dung dịch muối thông thường
 - Chăm sóc điều dưỡng chuyên khoa
- Hai tuần sau đột quỵ thiếu máu cục bộ, các bác sĩ cần lượng giá lại nguy cơ bị huyết khối tĩnh mạch sâu và xem xét bắt đầu điều trị thuốc dự phòng bổ sung (ví dụ điều trị thuốc chống ngưng tập tiểu cầu nên sử dụng cho người bệnh đột quỵ thiếu máu cục bộ để phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu/thuyên tắc phổi, heparin).
- Cần khuyến khích vận động sớm và bồi phụ nước đầy đủ ở tất cả các người bệnh đột quỵ cấp để phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu và thuyên tắc phổi.
- Có thể mang tất thun dưới gối

Không khuyến cáo:

***KHÔNG khuyến cáo** sử dụng liệu pháp chống huyết khối để phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu/thuyên tắc phổi ở người bệnh đột quy thể xuất huyết*

(XXIII) Xử lý các Vết loét/Loét ép**Lý do**

- Tất cả những người bệnh đột quy đều có nguy cơ hình thành loét ép do; độ trầm trọng của đột quy, giảm vận động, đái tháo đường, tiểu tiện không tự chủ và tình trạng dinh dưỡng.
- Loét ép có thể làm chậm quá trình phục hồi, và tùy theo phần cơ thể bị ảnh hưởng, làm trì hoãn hoặc làm ngừng các biện pháp PHCN. Loét cũng có thể bị nhiễm trùng càng làm trì hoãn và làm chậm quá trình phục hồi hơn.

Các hành động cần thực hiện

- Tất cả người bệnh đột quy nên được lượng giá nguy cơ loét ép và đánh giá da thường xuyên (khi cần thiết dựa trên các yếu tố cá nhân) do nhân viên đã được huấn luyện thực hiện.
- Lượng giá thích hợp, thay đổi tư thế thường xuyên (lý tưởng mỗi 2 giờ), giữ cho người bệnh sạch sẽ, giáo dục người bệnh và các thành viên gia đình về loét ép và phòng ngừa là những chiến lược phòng ngừa quan trọng.
- Tất cả những người bệnh đột quy được lượng giá là có nguy cơ cao cần được cung cấp các phương tiện và biện pháp giảm lực ép thích hợp.
- Điện trị liệu (điện từ, laser, siêu âm) có thể có ích trong làm lành loét ép (Tổ chức Đột quy Quốc gia Úc, 2010)
- Cũng cần phải điều trị các tình trạng kèm theo có thể làm chậm lành loét ép như suy dinh dưỡng và nhiễm trùng.

Yêu cầu:

> Với các nguồn lực và kinh nghiệm về điều dưỡng đầy đủ, loét ép không được hình thành trong thời gian bất động sau đột quy

(XXIV) Xử lý nhiễm trùng

Sốt thường kết hợp với những kết quả xấu hơn ở người bệnh đột quy. Nguyên nhân phổ biến nhất của sốt trong đột quy là do nhiễm trùng hô hấp và nhiễm trùng đường tiêu. Nhân viên PHCN cần nhận biết về điều này và cần điều trị hạ sốt nếu cần càng sớm càng tốt (ví dụ như paracetamol).

Viêm phổi

- Viêm phổi là nguyên nhân gây sốt phổ biến nhất trong vòng 48 giờ đầu tiên của đợt quy cấp tính và là một trong những biến chứng hô hấp cấp tính thường gặp nhất, xảy ra khoảng 5-9% bệnh nhân. (Tổ chức Đợt quy quốc gia Úc, 2010)
- Tỷ lệ viêm phổi liên quan đến đợt quy dường như cao hơn ở những người bệnh đợt quy thiếu máu cục bộ cấp được nhập vào một đơn vị chăm sóc tích cực thần kinh và ở những người bệnh cần cho ăn bằng thông dạ dày (với tỷ lệ tương ứng là 21% và 44%) (Tổ chức Đợt quy Quốc gia Úc, 2010)
- Viêm phổi do vi khuẩn là nguyên nhân gây tử vong phổ biến nhất ở người bệnh đợt quy giai đoạn cấp và giảm các phản xạ hành tủy, ngủ gà, ức chế miễn dịch, khó nuốt và hậu quả là hít vào được xem là những yếu tố góp phần chính cho tỷ lệ cao viêm phổi do vi khuẩn sau đợt quy. (Perry I và cộng sự, 2001)
- Ngoài ra, các dữ liệu hồi cứu cho thấy viêm phổi và các bệnh về đường hô hấp là những chẩn đoán thường gặp nhất dẫn đến tái nhập viện ở những người bệnh đợt quy trong năm năm đầu sau đợt quy thiếu máu cục bộ.
- Điều trị bao gồm kết hợp thuốc và các kỹ thuật vật lý trị liệu hô hấp trong khi xử lý sớm nhằm phòng ngừa biến chứng hô hấp bằng cách:
 - Đặt tư thế để khuyến khích giãn nở tối đa đường thở
 - Chăm sóc khi cho ăn (xem khó nuốt)
 - Các bài tập thở đều đặn
 - Vận động

Đường tiết niệu

- Các nhiễm trùng đường niệu cũng là nguyên nhân phổ biến gây sốt ở người bệnh đợt quy. Những tình trạng này có thể được xử lý y khoa theo các hướng dẫn lâm sàng của bệnh viện.

(XXV) Xử lý nguy cơ ngã

Lý do

- Ngã là một vấn đề thường gặp của người bệnh sau đợt quy. Vì một số trường hợp ngã có thể dẫn đến những biến chứng nặng nề, cần thực hiện các biện pháp để giảm thiểu nguy cơ té ngã.

Các hành động cần thực hiện

- Lượng giá ngã cần phải xem xét các nguyên nhân cụ thể. Nếu các nguyên nhân là do đợt quy (ví dụ như khó khăn trong khi đứng), thì các can thiệp cần phải nhắm vào những nguyên nhân này.
- Nên lượng giá nguy cơ ngã bằng một công cụ có giá trị khi người bệnh nhập viện (ví dụ: test TUG và Test Dáng đi và Thăng bằng Tinetti) và cần bắt đầu một chương trình can thiệp cho những người bệnh được xác định là có nguy cơ ngã.
- Cũng nên xem xét tâm lý sợ ngã (như các yếu tố nhận thức và cảm xúc cũng như các yếu tố thể chất).

- Chương trình tập mạnh cơ và tái rèn luyện thăng bằng được chỉ định tùy theo trường hợp, ngưng các thuốc hướng thần, lượng giá và thay đổi nguy cơ tại nhà ở những người bệnh có nguy cơ cao, ví dụ như khiếm khuyết thị lực nặng, đã được chứng minh là có lợi trong việc giảm té ngã. Những can thiệp này có thể là một thành phần không thể thiếu của chăm sóc đột quy được tổ chức tốt.
- Cần phải chẩn đoán tình trạng loãng xương và xử lý loãng xương theo các hướng dẫn hiện có.

(XXVI) Xử lý tình trạng Tiểu tiện không tự chủ

Tình trạng không kiểm soát được tiểu tiện gia tăng đáng kể sau đột quy và có thể ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình/người chăm sóc. Rối loạn chức năng của bàng quang và/hoặc đường ruột có thể là do sự kết hợp của các khiếm khuyết liên quan đến đột quy như là yếu cơ, khiếm khuyết về nhận thức hoặc nhận cảm. Điều quan trọng là lượng giá và xử lý nguyên nhân của tình trạng không tự chủ.

Tiểu không tự chủ

- Tất cả những người bệnh đột quy có nghi ngờ rối loạn kiểm soát đi tiểu cần phải được lượng giá bởi nhân viên y tế được huấn luyện bằng một lượng giá chức năng có cấu trúc. Nên sử dụng siêu âm bàng quang lưu động để hỗ trợ chẩn đoán và xử lý tiểu không tự chủ.
- Cần tránh sử dụng đặt thông tiểu lưu như là một biện pháp xử lý ban đầu ngoại trừ trường hợp bí tiểu cấp. Tuy nhiên, nếu bí tiểu nặng, nên sử dụng thông tiểu ngắt quang để dẫn nước tiểu ra ngoài trong thời gian nằm viện. Nếu vẫn còn bí tiểu, đặt thông tiểu ngắt quang là biện pháp tốt hơn đặt thông tiểu lưu.
- Trong khi xử lý bí tiểu kéo dài đòi hỏi phải đặt ống thông, cần xem xét đường đặt ống thông thích hợp, niệu đạo hoặc trên xương mu.
- Với những người bệnh đột quy đã được khẳng định bị rối loạn kiểm soát tiểu, cần phải có một kế hoạch xử lý kiểm soát tiểu (bao gồm lập kế hoạch, ghi chép, thực hiện và theo dõi).
- Những người bệnh đột quy vẫn chưa kiểm soát đi tiểu 2 tuần sau khi chẩn đoán phải được lượng giá lại để xác định nguyên nhân của tiểu không tự chủ và có một kế hoạch điều trị liên tục liên quan đến cả người bệnh và người chăm sóc.
- Chỉ nên cho người bệnh đột quy xuất viện về nhà sau khi đã huấn luyện cho gia đình/người chăm sóc và có nguồn cung cấp dụng cụ hỗ trợ kiểm soát tiểu liên tục.

Đại tiện không tự chủ

- Không có biện pháp điều trị đặc hiệu nào cho đại tiện không tự chủ. Phương pháp lượng giá người bệnh không kiểm soát đại tiện cũng tương tự như với tiểu không tự chủ và sẽ xác định được hầu hết các nguyên nhân gây ra các vấn đề đi tiêu.
- Tất cả những người bệnh đột quy bị nghi ngờ có khó khăn đi tiêu cần được lượng giá bởi nhân viên y tế được huấn luyện sử dụng lượng giá chức năng có cấu trúc.

- Đối với những người bị táo bón hoặc không kiểm soát được đại tiện, cần thực hiện lượng giá toàn diện (bao gồm cả khám trực tràng) và xử lý táo bón, tắc phân hay không kiểm soát đại tiện phù hợp.
- Với những người có rối loạn chức năng đường ruột, nên tập luyện lại thói quen đi tiêu với loại thức ăn và thời gian ăn thích hợp và khai thác phản xạ dạ dày-ruột.
- Nếu không thể kiểm soát được đi tiêu, các dụng cụ chứa đựng như bím có thể giúp người bệnh tự chủ mà không ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống của họ.
- Cần giáo dục, lập kế hoạch và chuẩn bị xuất viện cẩn thận cho bất kỳ người bệnh nào xuất viện có đại tiện không tự chủ.

(XXVII) Xử lý các vấn đề về thị giác

Lý do

- Các khiếm khuyết về thị trường khá thường gặp sau đột quy (từ 20 đến 57% bệnh nhân).
- Có nhiều vấn đề về thị giác liên quan đến đột quy, bao gồm khiếm khuyết thị trường, rối loạn vận động của mắt và không chú ý thị giác không gian
- Một tỷ lệ đáng kể người bệnh đột quy có các vấn đề về thị giác kèm theo liên quan đến tuổi tác.
- Thị lực kém ảnh hưởng xấu đến việc PHCN của người cao tuổi và ở người bệnh đột quy. Giảm thị lực do tuổi tác nếu không được điều chỉnh sẽ gây ra những khó khăn trong các sinh hoạt hàng ngày, di chuyển và lái xe.
- Mất thị trường cũng có thể ảnh hưởng khả năng tham gia điều trị PHCN, sống ở nhà, thực hiện các hoạt động như di chuyển, điều hướng, lái xe an toàn và có thể làm nặng thêm trầm cảm, lo lắng, cách ly xã hội và làm giảm chất lượng cuộc sống sau đột quy.
- Hơn 70% người bệnh đột quy được báo cáo là có thể bị các rối loạn vận động mắt, và có thể gây một số vấn đề như mất nhận thức về chiều sâu; giảm điều hợp tay-mắt và khó khăn khi đọc và các hoạt động trong phạm vi gần.
- Không chú ý thị giác- không gian là một rối loạn nhận cảm có thể làm giảm khả năng của người bệnh nhìn, nghe hoặc thực hiện các vận động về một bên. Rối loạn này cũng có thể ảnh hưởng đến khả năng thực hiện nhiều công việc hàng ngày như ăn, đọc và mặc quần áo.

Các hành động cần thực hiện

- Tất cả những người bệnh đột quy cần được sàng lọc các vấn đề về thị giác, và được giới thiệu chuyên khoa một cách phù hợp.
- Cần giới thiệu những người bệnh nhìn đôi kéo dài sau đột quy để được lượng giá chỉnh thị thông thường.
- Đối với người bệnh nội trú, khi khám chỉnh thị, ngoài lượng giá thị lực và các bệnh lý nhãn cầu khác, cần lượng giá các vấn đề về thị giác liên quan đến đột quy. Đối với người bệnh ngoại trú, khuyến cáo khám chỉnh thị.

- Các nhân viên y tế cần đảm bảo rằng người bệnh có và đeo đúng loại kính mắt đã được chỉ định.
- Có thể sử dụng lăng kính Fresnel (15diốp) để cải thiện chức năng thị giác ở những người bệnh bị bán manh đồng danh. Liệu pháp vận động mắt cũng có thể được sử dụng cho những người bệnh nhận biết được về tình trạng bán manh kéo dài của họ.
- Những người bệnh bị không chú ý thị giác không gian cần được lượng giá và hướng dẫn các chiến lược bù trừ (xem hoạt động chức năng nhận thức) ví dụ như quét mắt sang bên bị ảnh hưởng

(NICE, 2013)

3.3.3. Theo dõi y tế và phục hồi chức năng sau xuất viện

Bên cạnh theo dõi y học, những người bệnh đột quy sẽ cần được tiếp tục điều trị PHCN khi xuất viện sau tình trạng cấp tính.

Sau khi xuất viện, người khuyết tật sau đột quy cần được theo dõi trong vòng 72 giờ bởi nhóm đa chuyên ngành để lượng giá các nhu cầu của người bệnh và xây dựng các kế hoạch can thiệp (bao gồm điều trị) [NICE, 2013] ^[A].

Cần giải thích và khuyến cáo về cách thức và địa điểm để tiếp cận các dịch vụ PHCN cho người bệnh đột quy và gia đình/người chăm sóc trước khi xuất viện (xem gói thông tin về xuất viện sau giai đoạn cấp). Nếu có thể, cần thông báo cho một cơ sở PHCN cụ thể về tình trạng sắp xuất viện để hỗ trợ theo dõi người bệnh đột quy.

3.3.4. Hình thức phục hồi chức năng tại nhà/cộng đồng

PHCN sau khi xuất viện giai đoạn cấp cần phải được cung cấp bởi một kỹ thuật viên phục PHCN đủ tiêu chuẩn trong một trong 2 hình thức sau:

(I) PHCN đưa vào viện/trung tâm

PHCN dựa vào viện có thể được thực hiện tại khoa điều trị ngoại trú của bệnh viện địa phương (như là Bệnh viện Phục hồi chức năng) hoặc cơ sở y tế ở cộng đồng (ví dụ như phòng khám tư nhân hoặc các phòng khám khác ở địa phương).

PHCN có thể là nội trú hoặc ngoại trú tùy thuộc vào khả năng tiếp cận (như tài chính, địa lý) và khả năng cung cấp dịch vụ.

PHCN có thể được thực hiện bởi một nhóm các kỹ thuật viên có trình độ. Khuyến khích người bệnh đột quy phải chủ động trong PHCN để tăng cường sự hồi phục và chức năng. Sự tham gia của người bệnh đột quy và gia đình/người chăm sóc rất cần thiết để đảm bảo rằng các bài tập có thể được tiếp tục thực hiện ở nhà và sử dụng hết mức các chiến lược chức năng nhằm đạt được khả năng độc lập tại nhà và cộng đồng.

(II) PHCN tại nhà

Các dịch vụ PHCN hướng đến các người bệnh đột quỵ đang sống ở nhà dưỡng như cải thiện sự độc lập trong SHHN của người bệnh (SIGN, 2010) ^A

PHCN tại nhà cho phép can thiệp PHCN có mục đích hơn với người bệnh đột quỵ, tập trung giải quyết các vấn đề thực tế và chức năng mà người bệnh đột quỵ và gia đình/người chăm sóc gặp phải ở nhà và cộng đồng.

Có thể phát triển các chiến lược PHCN tại nhà sử dụng những nguồn lực sẵn có ở địa phương và thay đổi thích ứng nhà nếu cần thiết.

Nếu có thể, một nhân viên xã hội được đào tạo sơ bộ cũng có thể đi kèm theo kỹ thuật viên để trợ giúp tiếp tục thực hiện và theo dõi các bài tập khi kỹ thuật viên không thể trực tiếp điều trị cho người bệnh đột quỵ.

Các khuyến cáo:

>PHCN chính quy liên tục bởi các kỹ thuật viên có trình độ là điều thiết yếu sau khi xuất viện giai đoạn cấp

>PHCN chính quy có thể được thực hiện dựa vào viện hoặc tại nhà

>Trước khi cho người bệnh xuất viện sau giai đoạn cấp cần phải đảm bảo chuyển hoặc giới thiệu thích hợp đến các hình thức PHCN chính quy như vậy

> Một nhân viên xã hội được đào tạo sơ bộ cũng có thể hỗ trợ theo dõi các bài tập ở nhà nhưng dưới sự giám sát của một kỹ thuật viên có trình độ

(III) Khi không có dịch vụ PHCN

Vì các lý do di chuyển, địa lý và cá nhân, PHCN chính quy dựa vào viện và tại nhà có thể không thực tế. Do đó điều quan trọng là đưa ra một chương trình tập luyện tại nhà cho từng người bệnh đột quỵ (với thông tin/hình vẽ) liên quan đến các khiếm khuyết về thể chất, chức năng, nhận thức và ngôn ngữ trước khi xuất viện cũng như những khuyến cáo về việc trở lại các hoạt động xã hội và cộng đồng.

Những hoạt động này có thể được theo dõi bởi các nhân viên xã hội được đào tạo sơ bộ, nhằm giám sát và giới thiệu trong trường hợp có biến chứng thứ phát xảy ra.

Khuyến cáo:

> Khi các dịch vụ PHCN chính quy không thể thực hiện, cần hướng dẫn và giải thích một chương trình tập luyện tại nhà cho người bệnh đột quỵ và gia đình/người chăm sóc. Các nhân viên xã hội được đào tạo sơ bộ có thể theo dõi chương trình này và cũng có thể giới thiệu đến dịch vụ PHCN chính quy nếu có các biến chứng thứ phát xảy ra.

4. Tóm tắt vai trò của nhóm đa chuyên ngành (MDT)

Một nhóm PHCN đột quy đa chuyên ngành cơ bản cần bao gồm các chuyên gia sau đây có kinh nghiệm về phục hồi chức năng đột quy ((NICE, 2013) ^[A]:

- Bác sĩ
- Điều dưỡng
- KTV vật lý trị liệu
- KTV hoạt động trị liệu
- Kỹ thuật viên âm- ngữ trị liệu
- Các nhà tâm lý học lâm sàng
- Các trợ lý PHCN
- Nhân viên xã hội

Các mô tả về nhóm đa chuyên ngành sau đây được điều chỉnh từ hướng dẫn SIGN (SIGN, 2010):

4.1. Các Bác sĩ

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

Vai trò của Bác sĩ

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

4.2. Điều dưỡng

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

Vai trò của điều dưỡng Đột quy

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

4.3. Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu

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

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

nội thân kinh, khoa PHCN, người bệnh ngoại trú tại bệnh viện, các phòng khám tư và tại nhà của bệnh nhân.

Can thiệp vật lý trị liệu cho người bệnh đột quy cần được tiếp tục cho đến khi người bệnh có thể tự mình duy trì hoặc cải thiện chức năng hoặc với sự trợ giúp của người khác như trợ lý PHCN, các thành viên trong gia đình/người chăm sóc hoặc huấn luyện viên thể dục.

KTV VLTL lập kế hoạch và thực hiện điều trị cho từng bệnh nhân, dựa trên lượng giá các vấn đề riêng của người bệnh, thiết lập và hoàn thành các mục tiêu ngắn hạn và dài hạn có liên quan sau khi đã thảo luận với bệnh nhân, người chăm sóc và các thành viên khác trong nhóm.

KTV VLTL hoạt động gần gũi và mật thiết với những người bệnh đột quy và có khả năng giao tiếp và đồng cảm với người bệnh trong những hoàn cảnh khó khăn nhất.

KTV VLTL cần hướng đến một tiếp cận dựa trên chứng cứ để PHCN đột quy thông qua đào tạo thường xuyên và cập nhật và cần tham gia vào các hoạt động điều tra, kiểm định chất lượng chăm sóc và nghiên cứu phù hợp.

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

Vai trò của kỹ thuật viên Vật lý trị liệu	
<i>Lượng giá</i>	<i>Can thiệp</i>
<p>Xác định các năng lực vận động hiện tại và tiềm năng vận động, cụ thể là lượng giá:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chức năng hô hấp ▪ Trương cơ ▪ Cơ lực ▪ Sự thẳng trục của cơ thể và tầm vận động khớp ▪ Tình trạng vận động chức năng ▪ Cảm giác ▪ Nhận thức thị giác không gian ▪ Không mong muốn (?) ▪ Hoạt động bù trừ ▪ Thăng bằng ▪ Khả năng di chuyển như là dịch chuyển, đi, lên xuống cầu thang 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thực hiện PHCN có kế hoạch, theo từng giai đoạn để đáp ứng các mục tiêu đã được thống nhất ▪ Liên lạc và phối hợp với gia đình/người chăm sóc trong quá trình phục hồi ▪ Giáo dục gia đình/người chăm sóc ▪ Kiểm định lại chất lượng chăm sóc và nghiên cứu lâm sàng ▪ Chuyển những nghiên cứu cập nhật sang thực hành lâm sàng ▪ Bảo đảm giữ liên lạc thường xuyên với các chuyên gia y tế khác trong tỉnh/cộng đồng để hỗ trợ hệ thống chuyển tuyến

Ghi chú: Các thông tin bổ sung có thể xem tại Hướng Dẫn về Vật lý trị liệu cho Đột quy.

4.4. Kỹ thuật viên Hoạt động trị liệu

Vào thời điểm viết hướng dẫn này ở Việt Nam, Hoạt động trị liệu (HĐTL) chính quy chưa phải là một nghề rõ rệt. Hiện chưa có trường đào tạo Hoạt động trị liệu và một số người tự gọi là KTV HĐTL đã được đào tạo ngắn hạn về HĐTL trên cơ sở một nghề bình thường của họ như là điều dưỡng hoặc KTV VLTL. Tất cả những người bệnh đột quy cần tiếp cận với một KTV HĐTL có kiến thức và kinh nghiệm chuyên về chăm sóc thần kinh.

Các KTV HĐTL hoạt động với những người bệnh đột quy nhằm tối ưu khả năng tham gia và độc lập của người bệnh với tất cả các hoạt động hàng ngày (bao gồm tự chăm sóc như tắm rửa, mặc quần áo và ăn uống, kết hợp với giải trí và sinh kế). Điều này có thể đạt được một cách trực tiếp thông qua gia tăng sự hồi phục chức năng (bao gồm cả chức năng vận động, nhận thức hoặc nhận cảm) hoặc bằng thay đổi thích ứng nhiệm vụ hoặc môi trường. Các KTV HĐTL hoạt động trong cả giai đoạn cấp và giai đoạn PHCN và tiến hành can thiệp dựa trên lượng giá các vấn đề riêng của mỗi bệnh nhân.

Trong trường hợp không có KTV HĐTL, các hoạt động cơ bản kể trên của Hoạt động trị liệu cần được thực hiện phối hợp bởi các thành viên còn lại của nhóm đa chuyên ngành.

Vai trò của Kỹ thuật viên Hoạt động trị liệu	
<i>Lượng giá</i>	<i>Can thiệp</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Áp dụng phương pháp phân tích hoạt động, với việc xác định các thành phần của một hoạt động cùng với những hạn chế của cá nhân trong việc thực hiện chúng▪ Lượng giá các kỹ năng ảnh hưởng đến hoạt động hiện tại (ví dụ như các khiếm khuyết về cảm giác-vận động, nhận thức, nhận cảm và tâm lý xã hội)▪ Lượng giá các kỹ năng tự chăm sóc (ví dụ như tắm rửa, mặc quần áo, ăn uống), các hoạt động ở nhà (ví dụ như mua sắm, nấu ăn, vệ sinh nhà cửa), công việc và giải trí▪ Lượng giá môi trường xã hội (ví dụ như gia đình, bạn bè, các mối quan hệ)▪ Lượng giá môi trường vật lý (ví dụ như nhà và nơi làm việc)	<ul style="list-style-type: none">▪ Giúp người bệnh đạt được mức độ độc lập cao nhất có thể được▪ Xây dựng lại các kỹ năng thể chất, giác quan, nhận thức và nhận cảm thông qua hoạt động và thực hành▪ Thúc đẩy sử dụng các hoạt động có mục đích, hướng đến mục tiêu▪ Hướng dẫn các chiến lược mới để hỗ trợ khả năng chức năng tối ưu▪ Tư vấn về các thiết bị và thay đổi thích ứng phù hợp để tăng cường độc lập chức năng▪ Cung cấp dụng cụ ngòai thích hợp và tư vấn về đặt tư thế▪ Tư vấn và hỗ trợ các vấn đề về giao thông và di chuyển như lái xe▪ Tạo điều kiện cho chuyển tiếp quá trình chăm sóc từ giai đoạn cấp qua giai đoạn PHCN và xuất viện▪ Liên lạc, làm việc với, và giới thiệu đến các chuyên gia khác với vai trò là một thành viên của nhóm đa

Vai trò của Kỹ thuật viên Hoạt động trị liệu	
<i>Lượng giá</i>	<i>Can thiệp</i>
	chuyên ngành <ul style="list-style-type: none"> ▪ Giáo dục người bệnh và người chăm sóc những vấn đề liên quan đến chăm sóc đột quy ▪ Liên lạc với các nhóm hỗ trợ, và các tổ chức tình nguyện

Ghi chú: Các thông tin bổ sung có thể xem tại Hướng Dẫn về Hoạt động trị liệu cho Đột quy

4.5. Kỹ thuật viên Ngôn ngữ trị liệu

Vào thời điểm viết hướng dẫn này, Âm- Ngữ trị liệu chưa phải là một nghề rõ rệt ở Việt Nam. Một số hoạt động đào tạo đơn lẻ hiện đang được chuyển giao cho các bác sĩ/điều dưỡng và kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

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

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

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

Vai trò của Kỹ thuật viên Âm- Ngữ trị liệu
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chẩn đoán các rối loạn về nuốt và giao tiếp ▪ Xác định các chương trình chăm sóc cá nhân hoá ▪ Cung cấp thông tin cho người bệnh đột quy và gia đình/người chăm sóc về các chiến lược nuốt và giao tiếp ▪ Lượng giá chi tiết rối loạn nuốt và giao tiếp bằng cả cách tiếp cận chính thức và không chính thức để xác định các điểm mạnh và điểm yếu, tác động lên cá nhân và gia đình và tình huống tâm lý xã hội và sức khoẻ chung ▪ Tạo điều kiện thuận lợi cho việc tiếp cận thông tin về các chiến lược và địa điểm để theo dõi điều trị ▪ Giới thiệu đến các nhà chuyên môn khác

4.6. Các kỹ thuật viên chỉnh hình

Kỹ thuật viên chỉnh hình làm việc cùng với KTV vật lý trị liệu/hoạt động trị liệu để lượng giá người bệnh đột quy nếu cần một loại dụng cụ chỉnh hình cụ thể. Dụng cụ này có thể là nẹp để duy trì/gia tăng tầm vận động/tạo thuận vận động ở một khớp, trợ giúp đi lại (ví dụ như dụng cụ chỉnh hình cổ bàn chân để nâng đỡ bàn chân) và hỗ trợ vận động chức năng (ví dụ như gắn vào một cái thìa để giúp người bệnh tự ăn). Cần theo dõi chặt chẽ dụng cụ nhằm đảm bảo dụng cụ được lắp đặt phù hợp, dễ chịu và hoàn thành mục đích của nó.

Các dụng cụ chỉnh hình như vậy có thể được sản xuất tại chỗ hoặc được làm sẵn.

Ở Việt Nam thường kỹ thuật viên chỉnh hình làm việc ở Khoa/Bệnh viện PHCN/phòng khám tư nhân/phi chính phủ hoặc cơ sở sản xuất tư nhân.

4.7. Nhân viên Xã hội

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

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

Nếu không có nhân viên xã hội, vai trò này có thể được thực hiện bởi một cộng tác viên được đào tạo.

4.8. Nhà tâm lý học lâm sàng

Nhiều người bệnh bị đột quy nặng có thay đổi về cảm xúc, tính cách và khả năng nhận thức suy giảm một phần. Những vấn đề này có thể làm cho người thân/gia đình lo lắng và là một trong những nguyên nhân gây các rối loạn liên quan đến căng thẳng.

Nhà tâm lý học lâm sàng làm việc với những người bệnh đột quy bị các khiếm khuyết về trí tuệ/nhận thức, khó khăn về hành vi và hoạt động hàng ngày, các vấn đề về cảm xúc và

quan hệ giữa các cá nhân. Họ cũng làm việc với gia đình/người chăm sóc để điều chỉnh và hiểu về các khiếm khuyết về nhận thức của người thân của bệnh nhân.

Các nhà tâm lý học lâm sàng có thể tham gia hoạt động cả trong giai đoạn cấp lẫn giai đoạn PHCN.

4.9. Chuyên viên dinh dưỡng

Các chuyên viên dinh dưỡng làm việc với những người bệnh đột quỵ và gia đình/người chăm sóc cần điều trị dinh dưỡng y học bao gồm chế độ ăn uống cần thay đổi kết cấu và cho ăn qua ống thông cũng như những người có nguy cơ hoặc bị suy dinh dưỡng. Họ cũng giáo dục và tư vấn để thay đổi các yếu tố nguy cơ và xử lý các bệnh kèm như những người bệnh có nhu cầu chế độ ăn uống đa dạng (ví dụ như đái tháo đường, tăng lipid máu, cao huyết áp và khó nuốt).

Nếu không có chuyên viên dinh dưỡng chính thức thì bác sĩ hoặc điều dưỡng được huấn luyện chuyên môn có thể đảm nhiệm vai trò này.

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

5. Hỗ trợ và giám sát thực hiện Tài liệu Hướng dẫn này trong bệnh viện

Cần xây dựng một ban giám sát bao gồm các nhân viên y tế từ bác sĩ, điều dưỡng và các chuyên ngành sức khỏe liên quan trong mỗi cơ sở dịch vụ y tế. Ban này có thể thực hiện đánh giá lại mỗi ba tháng (hoặc đều đặn nếu được) các chỉ số hoạt động chính (KPIs).

Các chỉ số hoạt động chính cần cụ thể và thực tế dựa trên bối cảnh của từng dịch vụ y tế. KPI có liên quan đến tỷ lệ nhân viên trên số người bệnh đột quỵ, số can thiệp được thực hiện mỗi bệnh nhân, số các buổi họp nhóm đa chuyên ngành được tổ chức hàng tháng và các thay đổi điểm FIM/Chỉ số Barthel có thể là KPI có khả năng được sử dụng trong đánh giá. Các dữ liệu nhạy cảm giới có thể giúp xác định các quy định về giới và bất bình đẳng giới ảnh hưởng đến việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế, các yếu tố quyết định đến hành vi nguy cơ và liệu các chương trình sức khỏe có góp phần vào bình đẳng giới hay làm tăng thêm sự khác biệt về giới.

Để lượng giá thực tiễn, các nhóm nên thống nhất về phương pháp ghi chép các hoạt động cần phân tích. Điều này có thể đơn giản như đánh dấu một ô trên một biểu mẫu được đặt tại phòng điều dưỡng để việc ghi chép các hoạt động được dễ dàng và kịp thời.

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. Bernhardt J and the AVERT trial collaboration group. Efficacy and safety of very early mobilization within 24 hours of stroke onset (AVERT): A randomized controlled trial. *Lancet* 2015;386:46-55
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)<https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/vietnam/>
3. Chartered Society of Physiotherapy. (2013) *Physiotherapy framework*. London http://www.csp.org.uk/sites/files/csp/secure/csp_physiotherapy_framework_condensed_2013.pdf
4. European Stroke Initiative Executive Committee. (2003) *Recommendations for Stroke Management* *Cerebrovasc Dis* 2003;16:311–337 DOI: 10.1159/000072554
5. Foley N, Salter K, Teasell R. (2007) *Specialized Stroke services; A Meta-analysis comparing 3 models of care*. *Cerebrovascular Disorder* (2007) 23 (2-3)
6. Govan L, Langhorne P, Weir CJ. (2007) *Does the prevention of complications explain the survival benefit of organized inpatient (stroke unit) care?* <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.106.478842> *Stroke*. 2007;38:2536-2540
7. Gracies (2005) *Pathophysiology of Spastic Paresis 1. Muscle and Nerve*
8. Hatano S (1976) *Experience from a multicentre stroke register; a preliminary report*. *Bulletin of the World Health Organization* 54: 541-53
9. HealthGrove (2013) *Global Health Statistics – Stroke in Vietnam*. <Http://Global-disease-burden.healthgrove.com/1/42511/Stroke-in-Vietnam>
10. Hurn J, Kneebone I, Cropley M. *Goal setting as an outcome measure: A systematic review*. *Clinical Rehabilitation* 2006;20(9):756-72
11. Kim JS, Choi-Kwon S (1996) *Discriminative sensory dysfunction after unilateral stroke*. *Stroke* 27; 677-82.
12. KNGF. (2014) *Clinical Practice Guideline for Physical Therapy in patients with stroke*. Retrieved from: https://www.fysionet-evidencebased.nl/images/pdfs/guidelines_in_english/stroke_practice_guidelines_2014.pdf
13. Minh HV, Byass P, and Wall S, *Mortality from cardiovascular diseases in Bavi District, Vietnam*, *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 62, pp. 26–31, 2003.
14. MoH. (2014) *Decision to approve the National Action Plan on Rehabilitation Development Period 2014 – 2020* (Hanoi. October 2014)
15. National Institute for health and Care Excellence (NICE) (2008) *Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management*. Retrieved from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg68/chapter/Patient-centred-care>
16. National Institute for health and Care Excellence (NICE) (2013) *Guidelines. Stroke Rehabilitation: Long term Rehabilitation After Stroke* <https://www.nice.org.uk/guidance/cg162>
17. National Stroke Foundation Australia (2010) *Clinical Guidelines for Stroke Management* https://www.pedro.org.au/wp-content/uploads/CPG_stroke.pdf
18. yeonju Kang, Summers JJ, Cauraugh JH (2016) *Transcranial direct current stimulation*

- facilitates motor learning post-stroke: a systematic review and meta-analysis*. Downloaded from <http://jnnp.bmj.com/> on August 8, 2016
19. Perry I, Love CP. (2001) *Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systemic review*. *Dysphagia* 200
 20. Pollock A, Baer G, Campbell P, Choo P, Forster A, Morris J, Pomeroy VM, Langhorne P (2014) *Physical rehabilitation approaches for recovery of function, balance and walking after stroke*<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24756870>
 21. Ropper AH, Samuels MA, Klein J. (2014) *Adams and Victor's Principles of Neurology* (10th edition)
 22. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2008) *Management of patients with stroke or TIA: assessment, investigation, immediate management and secondary prevention*. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/108/index.html>
 23. Scottish Intercollegiate Guidelines Network(SIGN). (2010) *Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline*.<http://www.sign.ac.uk/assets/sign118.pdf>
 24. Wade DT (1989) *Measuring arm impairment and disability after stroke*. *Int Disability Studies* 11; 89-9
 25. Warlow CP, Dennis MS, van Gijn J, Hankey GJ, Sandercock PAG, Bamford JM, Wadlaw JM (2001) *Stroke: A Practical guide to management*. ISBN: 978-1-4051-2766-0
 26. WHO/World Bank. (2011) *World Report on Disability*. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
 27. WHO (2015) *Gender equality in health*. Fact sheet No 403 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/en/>
 28. World Health Organization. (2009) *Strategy for Integrating Gender Analysis and Actions into the Work of WHO*. Geneva Switzerland: WHO; 2009. Available at: <http://www.who.int/gender/documents/gender/9789241597708/en/>
 29. World Health Organization. (2015) Viet Nam: WHO statistical profile<http://www.who.int/gho/countries/vnm.pdf?ua=1>
 30. Wounds International (2010) *International review. Pressure ulcer prevention: pressure, shear friction and microclimate in context*. A consensus document.London. http://www.woundsinternational.com/media/issues/300/files/content_8925.pdf

Phụ lục

- Phụ lục 1: Thiết lập Mục tiêu
- Phụ lục 2: Lượng giá Nguy cơ Phục hồi chức năng
- Phụ lục 3: Đặt tư thế trị liệu
- Phụ lục 4: FAST (Mặt, Tay, Lời nói, Thời gian)
- Phụ lục 5: MoCA (Lượng giá Nhận thức Montreal)