

BỆNH VIỆN TWQĐ 108
KHOA VẬT LÝ TRỊ LIỆU - PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

A close-up photograph of a hand, likely belonging to an elderly person, firmly gripping a dark wooden cane. The hand is positioned at the top of the frame, with the fingers wrapped around the handle. The background is a warm, textured orange-brown color. The title text is overlaid on the lower half of the image.

**LUYỆN TẬP
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
SAU
TAI BIẾN
MẠCH MÁU NÃO**



NHÀ XUẤT BẢN VĂN HÓA THÔNG TIN

BỆNH VIỆN TWQĐ 108
KHOA VẬT LÝ TRỊ LIỆU - PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

LUYỆN TẬP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SÂU TÀI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

PGS. TS DƯƠNG XUÂN ĐẠM
(*Biên soạn*)

NHÀ XUẤT BẢN VĂN HÓA - THÔNG TIN
Hà Nội - 2003

ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm gần đây ở nước ta, tai biến mạch máu não (TBMMN) có chiều hướng tăng. Việc cứu chữa và phục hồi chức năng (PHCN) đã có nhiều tiến bộ, nhưng TBMMN là bệnh nặng, phức tạp nên tỷ lệ tử vong còn cao, thường để lại nhiều di chứng, gây trở ngại, khó khăn trong cuộc sống và dễ trở thành tàn tật.

Hiện nay phần lớn bệnh nhân bị TBMMN được cấp cứu điều trị tại các cơ sở y tế và bệnh viện, nhưng cũng còn một số bệnh nhân không có điều kiện vào viện nằm ở nhà. Thời gian nằm viện đến lúc ổn định có thể 1-2 tuần, 1-2 tháng, cá biệt có thể lâu hơn. Khi đã ổn định, bệnh nhân về nhà để tiếp tục được chăm sóc và PHCN, do hoàn cảnh chúng ta chưa có các trung tâm chuyên chăm sóc PHCN bệnh nhân TBMMN sau khi ra viện, chỉ có một số rất ít được tiếp tục chăm sóc tại các cơ sở điều dưỡng PHCN tại nhà lâu dài, thậm chí đến trọn đời.

Trong các chức năng bị suy giảm hoặc rối loạn do TBMMN thì chức năng vận động có ý nghĩa thiết thực nhiều đến cuộc sống bệnh nhân, đó là bại hay liệt nửa người, phải phục hồi lâu dài và chủ yếu tại nhà (tới 12 - 18 tháng).

Tài liệu nhỏ này là sản phẩm của đề tài nghiên cứu khoa học về PHCN liệt nửa người do TBMMN của khoa Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng bệnh viện TWQĐ 108, nhằm mục đích hướng dẫn cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân một số hiểu biết và kỹ thuật cơ bản về chăm sóc và PHCN vận động sau TBMMN tại nhà với hy vọng góp phần cải thiện cuộc sống của bệnh nhân. Chắc chắn chưa đáp ứng được các yêu cầu của bệnh nhân và mong muốn của gia đình bệnh nhân, rất mong được bạn đọc góp ý kiến. Tài liệu có sử dụng một số hình vẽ của bác sĩ Trần Văn Chương.

Nội dung bao gồm:

- I. Đại cương về TBMMN.
- II. Một số điều cần chú ý về chăm sóc bệnh nhân tại nhà.
- III. Phục hồi chức năng vận động tại nhà.
- IV. Theo dõi đánh giá giản đơn về PHCN vận động.
- V. Một số hình minh họa kỹ thuật PHCN vận động.

I. ĐẠI CUƠNG VỀ TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

Đây là tình trạng bệnh lý của tổn thương thần kinh trung ương do thiếu máu cục bộ ở não. Vùng não không có máu nuôi dưỡng mất khả năng hoạt động gây nên hàng loạt các rối loạn và bệnh lý thần kinh phức tạp có thể dẫn đến tử vong hoặc di chứng nặng nề.

Tai biến mạch máu não (TBMMN) có thể do tắc nghẽn mạch máu (*nhồi máu não*) hoặc máu chảy ra tại tổ chức não (*xuất huyết não*) đều là bệnh nặng thường biểu hiện bằng cơn đột quỵ, có thể gây tử vong ngay giờ đầu, ngày đầu hay tuần đầu. TBMMN điển hình thường có bệnh cảnh: đột quỵ, rối loạn tri giác (*tới mức hôn mê*), liệt nửa người. Mức độ trầm trọng tùy thuộc vào vị trí, phạm vi và mức độ thiếu máu, tính chất tổn thương của tổ chức não. Ngoài ra còn có các rối loạn khác như về ngôn ngữ, cảm giác bản thể, liệt mặt, rối loạn đại tiểu tiện, ý thức... liệt nửa người lúc đầu là liệt mềm, sau chuyển sang liệt cứng.

Bệnh thường xuất hiện đột ngột nhưng có số ít trường hợp có một vài dấu hiệu báo trước (*tiền*

triệu) như căng nhức đầu kéo dài, mệt mỏi, cảm giác yếu chân tay...

Tiến triển bệnh có thể tử vong ngay; hoặc diễn biến ngày càng trầm trọng, hôn mê kéo dài; hoặc ổn định dần; các chức năng bị rối loạn được phục hồi dần hoặc không phục hồi trở thành tàn tật. Thường để lại các di chứng như rối loạn tri thức, rối loạn cơ vòng, rối loạn ngôn ngữ, liệt mặt, bán manh, đặc biệt là rối loạn vận động gặp trên 80% bệnh nhân còn sống, gây nên nhiều trở ngại như không tự phục vụ được bản thân các sinh hoạt sống hàng ngày, khó khăn đi lại, khó khăn giao tiếp... Một số nghiên cứu cho thấy 60-70% bệnh nhân sau TBMMN sống phải có sự trợ giúp một phần hay hoàn toàn của người khác, không những thiệt thòi đối với bản thân và còn là gánh nặng đối với gia đình và xã hội.

Nguyên nhân trực tiếp gây TBMMN đang được nghiên cứu, nhưng người ta thấy TBMMN hay gặp ở người bị bệnh vữa xơ động mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường nhiều hơn, được coi đây là các **yếu tố nguy cơ** của TBMMN. Ngoài ra còn thấy một số yếu tố khác có liên quan như thời tiết, trạng thái căng thẳng thần kinh quá mức, say rượu, đột biến từ do tăng hoạt động của mặt trời... gọi là **yếu tố thuận lợi**. Cho nên tới nay biện pháp dự phòng TBMMN là cần quan tâm hạn chế, loại trừ các yếu

tổ nguy cơ và thuận lợi. Với hướng này một số nước đã giảm tỷ lệ TBMMN đáng kể.

Điều trị TBMMN hiện nay còn là vấn đề khó khăn, bao gồm các khâu có liên quan mật thiết với nhau, khâu trước tạo điều kiện cho khâu sau:

- + Sơ cứu đầu tiên tại chỗ, vì thường xảy ra đột ngột tại nhà. Việc sơ cứu rất quan trọng vì không đúng sẽ làm bệnh trầm trọng thêm, có thể dẫn đến tử vong do khâu sơ cứu này không đúng.

- + Cấp cứu và điều trị tại cơ sở y tế hoặc bệnh viện, có vai trò quyết định sự sống còn và tiên lượng.

- + Phục hồi chức năng sớm và tiếp tục tại nhà.

Ngày nay người ta coi điều trị TBMMN là loại khẩn cấp được xử lý đúng đắn liên tục từ tại nơi xảy ra, tại bệnh viện và tiếp tục tại nhà, trong đó việc chăm sóc có vai trò quan trọng ở mọi khâu. Nhờ những tiến bộ về khoa học và kinh nghiệm việc điều trị tới nay đã tiến bộ hơn, không những cứu sống được nhiều người bệnh nặng mà còn phục hồi chức năng vận động cho họ khá hơn để hội nhập xã hội. Tuy nhiên việc điều trị TBMMN liên quan đến nhiều lĩnh vực trong đó y tế có vai trò chủ yếu. Sự hợp tác chặt chẽ giữa thầy thuốc, bệnh nhân và gia đình là rất cần thiết. Ngoài việc cấp cứu điều trị nội khoa có trường hợp cần thiếp ngoại khoa kịp thời đem lại kết quả khả quan.

II. MỘT SỐ ĐIỀU CẦN CHÚ Ý VỀ CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TẠI NHÀ

Bệnh nhân TBMMN sau khi cấp cứu điều trị ổn định hoặc qua giai đoạn nguy kịch ở bệnh viện thì tiếp tục chăm sóc tại nhà có ý nghĩa rất quan trọng về cả chuyên môn và tâm lý xã hội. Gia đình là tổ ấm, nơi nương tựa tin cậy nhất đối với bệnh nhân, có thể hàng tháng, hàng năm thậm chí trọn đời.

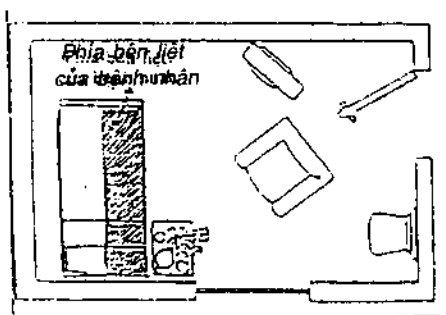
A. Những vấn đề chung:

1. Tạo cho bệnh nhân được thoải mái về tinh thần tránh mặc cảm, bị quan chán nản, cho mình thành người tàn tật vô dụng. Cảm nhận được gia đình là chỗ dựa vững chắc, được quan tâm yêu thương thực sự nhất là ở người có những thay đổi tính tình. Điều này có khi trở thành yếu tố quyết định sự thành bại.

2. Động viên bệnh nhân chủ động tích cực hợp tác cùng gia đình trong suốt quá trình dưỡng sức

và phục hồi. Khơi dậy được niềm tin, tinh thần cố gắng vượt qua các trở ngại, có khi phải chịu đau đớn mệt nhọc kiên trì tập luyện để sớm trở lại như người bình thường, không nản chí nhất là giai đoạn đầu vì 6 tháng đầu là giai đoạn phục hồi chức năng (PHCN) vận động tốt nhất.

3. Thu xếp nơi nằm thoải mái thuận lợi để tiện phục vụ (*ăn uống, vệ sinh, đại tiểu tiện, tập vận động...*). Giường bệnh nhân nên đặt ở nơi có khoảng trống xung quanh (*Không sát tường*) để dễ xoay trở trong phục vụ và tập vận động. Đầu dùng hàng ngày bố trí phía bên liệt để yêu cầu bệnh nhân sử dụng bên liệt tránh ỷ lại bên lành. Giường nằm không quá cao gây khó khăn tập ngồi hoặc từ ngồi tập đứng (*ngồi ở mép giường 2 chân buông thông cả bàn chân chạm đất*), rộng từ 1 - 1,2m để dễ lăn trở và tập trên giường. Nếu có điều kiện phía trên giường có lắp ròng rọc và dây kéo để tập tay... Tốt nhất giường để ở chỗ dễ quan sát, gần cửa sổ để bệnh nhân dễ tiếp xúc với ngoại cảnh thiên nhiên. Việc để bệnh nhân nằm tại một phòng kín tách biệt với thành viên gia đình gây tác động tâm lý xấu và làm mất yếu tố kích thích tình yêu cuộc sống và tình cảm gia đình trong lúc cần được thương xuyên nâng đỡ.



BỐ TRÍ GIƯỜNG NÀM CỦA NGƯỜI BỆNH. Không để người bệnh nằm phía bên liệt sát giường.

Tất cả các trang thiết bị, đồ dùng trong phòng đều để về phía bên liệt

4. Có chế độ nuôi dưỡng hợp lý phù hợp với khác nhau, chú ý không để bệnh nhân tăng cân nhanh, gây trở ngại cho phục hồi vận động và dễ phát sinh bệnh tim mạch. Uống đủ nước, bảo đảm các sinh tố và các nguyên tố vi lượng - thường có sẵn trong thực phẩm và rau quả. Thận trọng lúc cho ăn vì dễ bị sặc. Dựa vào cân nặng, tình hình đại tiểu tiện để điều chỉnh việc nuôi dưỡng.

5. Thực hiện nề nếp vệ sinh cá nhân: đánh răng, rửa mặt, tắm rửa, thay quần áo, đi đại tiểu tiện. Động viên bệnh nhân cố gắng tự làm, nếu cần trợ giúp một phần hoặc phải trợ giúp hoàn toàn. Cần chuẩn bị các phương tiện và biết cách phục vụ.

6. Nếu không có rối loạn tri thức cần chú ý

tạo cho bệnh nhân được giao tiếp nhiều với gia đình, bạn bè, được tham gia sinh hoạt văn hoá như nghe đài, xem ti vi, nghe nhạc, đọc báo... theo ý thích, nếu có điều kiện nên có lọ hoa tươi. Việc này có tác dụng lớn lao giúp bệnh nhân gần gũi với hoạt động xã hội, với cuộc sống đời thường vui vẻ, tránh tình trạng cô đơn buồn chán.

7. Cố gắng tạo điều kiện để bệnh nhân được gần gũi thiên nhiên và giao tiếp xã hội bằng cách đẩy xe lăn, dắt đi chơi ngoài trời vào sáng sớm hoặc buổi chiều hàng ngày khi tình trạng cho phép.

B. Chăm sóc bệnh nhân có rối loạn tri thức:

Sau TBMMN thường có rối loạn tri thức như: lầm lẫn, phản ứng chậm chạp, kích động hoặc lầm lì, lơ mơ, hôn mê.

1. Với bệnh nhân hôn mê hoàn toàn (có khi kéo dài hàng năm) thì việc chăm sóc chủ yếu là theo dõi hô hấp (thở), mạch, huyết áp, nuôi dưỡng qua xông (y tế hướng dẫn), chống suy kiệt, vệ sinh cá nhân, dự phòng loét điểm tỳ. Vì mất nhận thức hoàn toàn nên cần chú ý tránh nóng hay lạnh quá, dễ bị nhiễm khuẩn thứ phát, có trường hợp bị kiến hay chuột cắn.

2. Với bệnh nhân không hoàn toàn tỉnh táo (chưa đến mức hôn mê) khi chăm sóc cần chú ý:

+ Theo dõi quản lý thường xuyên để phòng những hành vi sai lệch, ngã gây thêm tổn thương thứ cấp. Trường hợp cần phải giữ trên giường thì có thể làm thêm các thanh tre hoặc gỗ cạnh 2 bên giường, tuyệt đối không dùng biện pháp thô bạo như dùng dây trói tay chân hoặc nhốt trong buồng kín... vì sẽ gây thêm tâm lý căng thẳng bức bối làm bệnh tình trầm trọng hơn.

+ Ngoài các việc chăm sóc như phần chung trên, cần đặc biệt chú ý yếu tố tâm lý đối với bệnh nhân, biểu thị sự đồng cảm, động viên nhẹ nhàng, thái độ dịu dàng với tình thương yêu thực sự là liệu pháp tốt nhất giúp bệnh nhân dần dần trở lại trạng thái bình thường.

C. Chăm sóc bệnh nhân bị loét do nằm lâu:

Bệnh nhân TBMMN nằm liệt giường thường bị loét do: chỗ bị tỳ nén lâu máu đến nuôi dưỡng kém nên bị hoại tử còn gọi là loét điểm tỳ (*gõ xương bả vai, vùng cụt, gót chân*). Loét phát sinh và phát triển nhanh còn do thiếu dưỡng, lưu thông tuần hoàn kém, giảm vận động...

Biện pháp cơ bản là dự phòng loét, vì khi đã bị loét từ hoại tử da nhanh chóng lan rộng và sâu vào các phần mềm khác, kèm theo nhiễm khuẩn, việc điều trị rất khó khăn, gây trở ngại nhiều cho quá trình phục hồi, việc chăm sóc trở nên phức

tập, thậm chí có thể tử vong do nhiễm khuẩn huyết hoặc quá suy kiệt.

1. Các biện pháp dự phòng loét:

+ Giường nằm: trong điều kiện chưa có các giường chống loét hiện đại (*đệm hơi, đệm nước thay đổi áp lực nhiều ô, thủy liệu, điều chỉnh nhiệt độ...*) ; mùa hè nóng ẩm nên dùng giường mây đan, giát tre, gỗ có vải giải khô sạch. Theo kinh nghiệm giường mây đan hoặc giát tre vừa thoáng vừa có độ nhún vừa phải, lăn trở và làm vệ sinh dễ dàng. Mùa rét có thể dùng đệm không mềm quá hoặc trải chăn chiên. Kinh nghiệm chúng tôi sử dụng 4 - 5 tấm xe đạp bơm vừa phải bỏ ở mặt giường rồi trải ga lên, khi nằm lên gần như đệm khí luôn thay đổi áp lực tùy theo tỷ đè tạo cho máu có điều kiện lưu thông, hạn chế được loét.

+ Lăn trở bệnh nhân là biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất. Lăn trở thay đổi điểm tỳ, cải thiện tuần hoàn nuôi dưỡng tổ chức. Thông thường ít nhất 2 giờ được lăn trở 1 lần ví dụ từ nằm ngửa sang nằm nghiêng hoặc ngược lại 2 - 5 phút, xê dịch chân tay, chuyển dịch vị trí người bệnh... Chú ý thận trọng đối với bệnh nhân còn huyết áp cao, có khó thở.

+ Giữ gìn vệ sinh các vùng da dễ bị loét: hàng ngày 1 - 2 lần lau bằng khăn mềm nhúng nước ấm

vắt khô, sau đó lau khô bằng khăn mềm sạch, nhất là sau khi đi đại tiểu tiện. Chú ý không được gây xây xát da. Không nên xoa bột vì có thể hạn chế hô hấp của da và trở ngại bài tiết mồ hôi, không bôi thuốc mỡ kháng sinh vì gây ẩm.

+ Xoa bóp nhẹ nhàng nhất là vùng lưng, vùng cụt, tay chân bên liệt vừa tăng tuần hoàn máu nuôi dưỡng da vừa giảm lượng lực cơ nếu có tăng trương lực. Mỗi ngày 3 - 4 lần nhưng không được gây xây xát da.

+ Tập vận động bên lành, đồng thời vận động thụ động bên liệt cũng giúp tăng tuần hoàn máu toàn thân, có tác dụng duy trì vận động đồng thời dự phòng loét tốt.

+ Thường xuyên kiểm tra phát hiện sớm các dấu hiệu đe dọa loét tại các điểm tỳ như: cảm giác ngứa, đau, thay đổi màu da (trắng bột, đỏ, tím) để điều trị sớm trước khi trợt da.

2. Điều trị vết loét:

+ Nếu phát hiện dấu hiệu đe dọa loét tại các điểm tỳ: dùng gối đệm kê để vùng đó không tiếp tục bị đè ép và giữ đúng để trợt da.

Ngoài các biện pháp dự phòng nêu trên, có thể sử dụng một số kỹ thuật tại chỗ như chiếu tia hồng ngoại liều nhẹ (nếu có), chấm thuốc xanh metylen vừa sát trùng nhẹ vừa để nhận biết vùng

đe dọa loét - không nên bôi thuốc đỏ hoặc mỡ kháng sinh. Nếu chăm sóc tốt nốt loét không hình thành và da trở lại bình thường.

+ Nếu đã hình thành nốt loét: lúc đầu là trợt da, hoại tử da và thường nhanh chóng lan sâu và rộng, có thể bị nhiễm khuẩn đặc biệt nguy hiểm là trực trùng mủ xanh, tiết nhiều dịch bẩn và mùi hôi thối - việc điều trị càng khó khăn:

Rửa hàng ngày bằng nước muối sinh lý (9%) và nước oxy già (H_2O_2) dùng gạc tiệt trùng (*tại gia đình dùng gạc giặt sạch, đun sôi, là khô*) thấm khô, hàng ngày rửa 1-2 lần. Nếu có điều kiện chiếu đèn tử ngoại vào nốt loét hoặc tia laser (nếu có) theo hướng dẫn y tế, sau đó có thể bôi nhũ tương kháng sinh hoặc xanh metylen và dùng gạc vô trùng đắp che. Các trường hợp khá sâu, nhiều góc ngách bẩn có thể dùng kỹ thuật rửa liên tục bằng dung dịch kháng sinh hoặc thuốc tím (*giọt liên tục*) cho tới khi sạch (*do cán bộ y tế hướng dẫn*), có khi phải cắt lọc các tổ chức hoại tử (*do cán bộ y tế*) và tiếp tục chiếu tử ngoại.

+ Ngoài ra phải kết hợp điều trị toàn thân như kháng sinh liều mạnh loại phù hợp (*nên được cấy trùng và làm kháng sinh đồ*), truyền dịch để tăng dinh dưỡng chung, nuôi dưỡng tốt chống suy kiệt.

+ Kinh nghiệm trong đại chiến II người ta rửa

đe dọa loét - không nên bôi thuốc đỏ hoặc mỡ kháng sinh. Nếu chăm sóc tốt nốt loét không hình thành và da trở lại bình thường.

+ Nếu đã hình thành nốt loét: lúc đầu là trợt da, hoại tử da và thường nhanh chóng lan sâu và rộng, có thể bị nhiễm khuẩn đặc biệt nguy hiểm là trực trùng mủ xanh, tiết nhiều dịch bẩn và mủ mùi hôi thối - việc điều trị càng khó khăn:

Rửa hàng ngày bằng nước muối sinh lý (9%) và nước oxy già (H_2O_2) dùng gạc tiệt trùng (*tại gia đình dùng gạc giặt sạch, đun sôi, là khô*) thấm khô, hàng ngày rửa 1-2 lần. Nếu có điều kiện chiếu đèn tử ngoại vào nốt loét hoặc tia laser (nếu có) theo hướng dẫn y tế, sau đó có thể bôi nhũ tương kháng sinh hoặc xanh metylen và dùng gạc vô trùng đắp che. Các trường hợp khá sâu, nhiều góc ngách bẩn có thể dùng kỹ thuật rửa liên tục bằng dung dịch kháng sinh hoặc thuốc tím (*giỏ giọt liên tục*) cho tới khi sạch (*do cán bộ y tế hướng dẫn*), có khi phải cắt lọc các tổ chức hoại tử (*do cán bộ y tế*) và tiếp tục chiếu tử ngoại.

+ Ngoài ra phải kết hợp điều trị toàn thân như kháng sinh liều mạnh loại phù hợp (*nên được cấy trùng và làm kháng sinh đồ*), truyền dịch để tăng dinh dưỡng chung, nuôi dưỡng tốt chống suy kiệt.

+ Kinh nghiệm trong đại chiến II người ta rửa

sạch vết loét rồi bơm vào đó một hỗn hợp gồm 75% paraffin nóng chảy 52-55^o và 25% là dầu cá, paraffin sẽ nguội dần và cứng thành khối khi lấy ra dễ dàng, cách 1-2 ngày thay một lần, đã cứu sống được nhiều thương binh loét nặng, nhưng có lẽ kỹ thuật này phù hợp với xứ lạnh nhiều hơn. Các vết loét của bệnh nhân nằm trong hầm chiếu sáng mặt trời thời gian lành kéo dài có khi gấp đôi, ánh sáng rất cần cho quá trình chống nhiễm khuẩn và kích thích tái tạo tổ chức, tăng sức đề kháng.

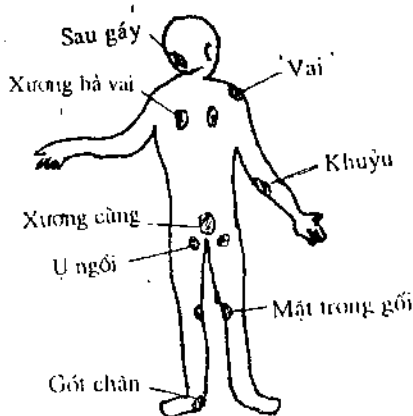
+ Giữ vết loét không có giới bộ thường do ruồi nhặng dễ trứng vào vì vậy phải che đầy gạc, nằm màn... Khi có giới bộ thì phải loại trừ hết ngay, thường dùng ê te.

3. Tiến triển của loét:

+ Sạch dần, hết tiết dịch và mủ, hết hôi thối, tổ chức phát triển từ sâu ra nông, vết loét nông dần, màu đỏ tươi, phát triển tổ chức hạt và thành sẹo.

+ Vết loét có vẻ khô bề ngoài, có mầu bầm hoặc đen mềm lũng nhùng, thường chưa phải là hoại và khi vỡ ra bên dưới loét vẫn phát triển phải điều trị tiếp, có khi phải cắt lọc.

+ Vết loét phát triển sâu rộng, cơ thể suy kiệt, nhiễm trùng nhiễm độc nặng có thể dẫn đến tử vong.



Các điểm tỷ dễ bị loét

+ Từ hoại tử phần mềm có thể dẫn tới viêm xương - tuỷ việc điều trị trở nên khó khăn và phức tạp hơn nhiều.

D. Chăm sóc bộ máy hô hấp

Do sức khoẻ giảm sút, ít vận động, nằm lâu nên bệnh nhân TBMMN thường có các biểu hiện bệnh lý hô hấp như: nhiều đờm gỉai, ho, khó thở, viêm họng, viêm phế quản, viêm phổi do ứ đọng...

Xoa bóp và vỗ nhẹ vùng lưng hàng ngày nhiều lần để bệnh nhân dễ khạc nhổ đờm gỉai, có khi phải dùng máy hút; hướng dẫn tập thở chậm, sâu. Vận động sớm cũng giúp hạn chế bệnh hô

hấp. Có thể sử dụng khí dung kháng sinh nếu có. Trường hợp bệnh nhân rối loạn hô hấp nặng như khó thở nhiều, mặt tím tái... phải đưa đi cơ sở y tế cấp cứu vì phải bổ trợ oxy hoặc đặt ống nội khí quản.

E. Chăm sóc đại tiểu tiện:

+ Cố gắng duy trì đại tiểu tiện, không để táo bón, đái dầm dề hoặc bí đái kéo dài, vì có thể gây tự nhiễm độc hoặc viêm bàng quang - thận, một biến chứng phức tạp.

+ Nếu đại tiện không tự chủ, táo bón - thường thực tháo cách ngày, xoa bóp day huyết kích thích, có khi phải dùng tay móc phân hàng ngày. Đồng thời chú ý chế độ ăn nhiều rau quả, đủ nước. Đến lúc xuất hiện cảm giác buồn đi ngoài phải hướng dẫn bệnh nhân cách rặn kết hợp xoa bụng theo chiều khung đại tràng để kích thích tạo phản xạ tự chủ.

+ Nếu tiểu tiện không tự chủ thường phải dùng capốt nối ống dẫn ra lọ. Khi bệnh nhân bắt đầu có nhận thức buồn đái phải hướng dẫn tự chủ nhịn đái từng lúc, dần dần chủ động đái theo ý muốn. Nếu bí đái phải dùng biện pháp xoa bóp kích thích vùng bàng quang kết hợp hướng dẫn bệnh nhân rặn đái để khôi phục phản xạ đái. Có khi phải đặt xông bàng quang theo hướng dẫn y tế.

+ Việc rất quan trọng là thường xuyên lau rửa

sạch sẽ dự phòng nhiễm khuẩn hoặc xây xát, loét, giữ khô ráo. Có trường hợp mất khả năng tự chủ đại tiểu tiện kéo dài việc chăm sóc phải hết sức quan tâm, nhất là vệ sinh.

H. Chăm sóc về nuôi dưỡng:

+ Chế độ nuôi dưỡng qua xông: thành phần, số lượng, số lần hàng ngày phải do y tế hướng dẫn. Chú ý vệ sinh dụng cụ và thực phẩm, biết cách cho ăn qua xông.

+ Chế độ cho ăn qua miệng: chọn thức ăn thích hợp, khối lượng và thành phần vừa đủ, lượng nước đủ. Cho ăn ngày 4-5 lần rồi giảm dần 3-4 lần/ngày. Chú ý không để bị sặc có thể gây ứ tắc đường thở. Sớm tập cho bệnh nhân tự phục vụ ăn uống từ sử dụng hai tay đến chỉ sử dụng tay liệt. Bệnh nhân liệt mặt thường trở ngại ăn uống như cơm đọng phía bên liệt, nước chảy ra từ miệng bên liệt, cần chú ý hướng dẫn bệnh nhân ăn uống từ từ, ít một rồi quen dần và vệ sinh răng miệng thường xuyên.

+ Nói chung chọn thực phẩm vừa hợp khẩu vị vừa đủ chất nhưng dễ tiêu hoá, không ăn mặn nhất là người tăng huyết áp, nên chọn thức ăn tươi tự nhiên tùy theo khả năng. Chất đạm và mỡ thực vật như đậu tương, đỗ, dầu vừng, lạc... và rau quả tươi rất tốt. Đối với bệnh nhân bị đái đường cần ăn uống theo chế độ quy định.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG TẠI NHÀ

Phục hồi chức năng vận động liệt nửa người sau TBMMN tiến hành càng sớm hiệu quả càng cao kể cả giai đoạn đầu khi ở bệnh viện và phải liên tục thời gian dài tại nhà (đến 12 - 18 tháng), thời gian phục hồi tốt 6 - 12 tháng đầu.

A. Mục tiêu phục hồi chức năng vận động:

1. Phục hồi và biết tự sử dụng các động tác trong sinh hoạt đời sống hàng ngày, hạn chế dần sự trợ giúp của người khác như: ăn uống, đánh răng, rửa mặt, thay quần áo, đại tiểu tiện v. v...

2. Tự di chuyển được, giảm dần việc người khác trợ giúp như ngồi, đứng, đi lại, sử dụng nạng, sử dụng xe lăn. Tự đi lại được là mục tiêu rất quan trọng vì nó tạo điều kiện thay đổi cơ bản cuộc sống, đặc biệt đối với hoàn cảnh chúng ta khi chưa có các phương tiện di chuyển hiện đại cho người liệt.

3. Lao động hữu ích với khả năng tối đa có thể được vì lợi ích bản thân, gia đình và xã hội - cơ sở hội nhập và bình đẳng xã hội, trở lại với công tác nghề nghiệp cũ.

B. Những yêu cầu cơ bản:

1. Ứng dụng sớm PHCN, kỹ thuật hợp lý dựa theo mục tiêu và điều kiện cụ thể của gia đình.

2. Tập vận động từ động tác cơ bản giản đơn đến động tác hiệp đồng phức tạp và sử dụng động tác hữu ích trong sinh hoạt cuộc sống. Ứng dụng vận động thụ động, có giúp sức, chủ động. coi vận động chủ động và sử dụng động tác hữu ích là cơ bản của phục hồi vận động.

3. Tập vận động trên cơ sở lượng giá khả năng vận động như tầm vận động khớp, sức cơ, tình trạng co cứng tăng trương lực, nhận thức động tác chủ động... Nên so sánh với bên lành. Chú ý các mốc quan trọng của quá trình phục hồi vận động: động tác chủ động, sử dụng động tác hữu ích, thay đổi tư thế, đứng và đi lại.

4. Quá trình phục hồi vận động chịu ảnh hưởng của tình trạng tri thức và ngược lại cũng thúc đẩy phục hồi tri thức, cho nên trong quá trình PHCN cần quan tâm cả 2 mặt để thúc đẩy lẫn nhau cùng tiến bộ. PHCN vận động sau TBMMN là một quá trình giáo dục, tái rèn luyện,

tái thích nghi nên thường phải kiên trì lâu dài. Tuy nhiên có trường hợp mất khả năng hoặc phục hồi không đáng kể, trở thành tàn tật thì việc phát huy chức năng bù đắp thay thế của bên lành tuy bất đắc dĩ nhưng cần thiết và phải tập thích ứng với tình trạng thực tế.

5. Cần tận dụng các điều kiện có thể của gia đình trong PHCN vận động: nhân lực, dụng cụ trợ giúp tự tạo kỹ thuật giản đơn, điều kiện giao tiếp.

C. Một số kỹ thuật PHCN vận động cơ bản:

Trong PHCN vận động liệt nửa người sau TBMMN có 2 mục tiêu chính: chống mấu co cứng và phục hồi khả năng vận động tự chủ của bên liệt. Về kỹ thuật có thể phân theo giai đoạn (mất ý thức, liệt mềm, liệt cứng, hiệp đồng và sử dụng động tác)... Để thuận tiện trong thực hành xin nêu một số kỹ thuật theo những mục tiêu, tùy theo tình trạng bệnh nhân để ứng dụng.

1. Tư thế chống mấu co cứng:

Liệt nửa người do TBMMN lúc đầu là liệt mềm (nhèo), sau đó dần dần chuyển sang liệt cứng với mấu co cứng rất đặc trưng: cánh tay khép, cẳng tay gấp, ngón tay gấp, chân duỗi và đổ ra ngoài, bàn chân duỗi (chân ngựa), đầu nghiêng bên liệt. Cùng với tăng trương lực cơ bệnh nhân không còn khả năng điều khiển bên liệt theo ý muốn. Mấu

có cứng bệnh lý này đã trở ngại lớn cho vận động. Cho nên ngay từ đầu càng sớm càng tốt cần có biện pháp chống mẫu co cứng bệnh lý từ trong giai đoạn liệt mềm.

Để chống mẫu co cứng đến nay chủ yếu vẫn dùng kỹ thuật "tư thế" trong nằm ngửa, nằm nghiêng bên liệt, nằm nghiêng bên lành với vị thế của chi liệt ngược lại với mẫu co cứng như: tay duỗi và dang (cánh tay, cẳng tay, bàn tay, ngón tay), chân gấp (đùi, cẳng chân, bàn chân và cẳng chân 90°) và xoay đùi vào trong, đầu thẳng. Kể cả bệnh nhân hôn mê cũng cần để ở tư thế này nếu được nhất là trong giai đoạn liệt mềm. Khi đã chuyển sang liệt cứng, mẫu co cứng hình thành thì phục hồi bằng tư thế cũng rất cần thiết, có thể sử dụng một số phương tiện như gối kê, bao cát đè, chát xốp để đệm ngón tay, ngón chân, nẹp vuông góc của bàn chân v. v... Khi bệnh nhân đã ngồi hay đứng đi cũng cần tiếp tục chống mẫu co cứng bằng tư thế.

Ngoài ra có thể xoa bóp nhẹ nhàng kết hợp với vận động thụ động các khớp bên chi liệt để vừa giảm trương lực cơ, vừa tăng dinh dưỡng và duy trì tầm vận động khớp.

2. Duy trì vận động bên lành:

Liệt nửa người do TBMMN là do tổn thương

thần kinh trung ương ở não bên ngoài các triệu chứng chính biểu hiện bên nửa người đối diện với phía bán cầu não tổn thương còn bên phía nửa người gọi là lành, thực chất cũng bị ảnh hưởng ít nhiều, khác với tình trạng tổn thương thần kinh ngoại vi.

Vận động bên lành không phải nhằm thay thế bên liệt hoặc tăng sức cơ, mục đích: cải thiện chất lượng vận động, duy trì sức cơ, cải thiện tuần hoàn và chuyển hóa chung, khôi phục phản xạ vận động, hạn chế tác hại của giảm động kéo dài. Vì vậy chủ yếu là vận động chủ động hết tâm, có thể ở tư thế nằm, ngồi, đứng tùy khả năng bệnh nhân.

Cần chú ý nếu cơ cơ bên lành quá mạnh hoặc tập tăng sức cơ quá mạnh như tập tạ, tập có trở lực lớn... sẽ gây tăng phản xạ co cứng bên liệt, là điều cần phải tránh.

3. Phục hồi vận động bên liệt:

Là phần cơ bản trong suốt quá trình và mục tiêu chính của PHCN vận động. Tùy theo giai đoạn và tình trạng bệnh nhân có thể ứng dụng các loại kỹ thuật cho phù hợp:

+ Động tác thụ động:

Khi bệnh nhân không làm được, cần có sự trợ giúp hoàn toàn của người khác. Đó là các động tác vận động cơ bản của các khớp, nên bắt đầu

từ gốc chi rồi đến ngọn chi như gấp duỗi, dạng khép, xoay... Cố gắng vận động đạt tâm tối đa có thể được, mỗi ngày 2 - 4 lần và không quá lâu gây mệt cơ. Trong lúc tập thụ động có thể kết hợp xoa bóp để tăng tác dụng. Trường hợp có tăng trương lực cơ và liệt cứng thì vận động thụ động phải nhẹ nhàng từ từ để tránh gây phản xạ co cơ. Cần duy trì tập thụ động cho tới khi xuất hiện cơ chủ động.

+ Động tác chủ động có trợ giúp:

Khi bệnh nhân bắt đầu có thể thực hiện động tác một phần theo ý muốn hay mệnh lệnh cần sự trợ giúp thêm của người khác để vận động đạt mức tối đa và đúng. Vận động có trợ giúp thêm của người khác khả năng chủ động và kịp thời uốn nắn các lệch lạc vận động, vì chỉ có tự thực hiện được động tác thì mới có cơ sở để tự vận động hữu ích. Động tác chủ động có trợ giúp có thể tiến hành bằng nhiều cách:

- Bên lành giúp bên liệt
- Người khác trợ giúp
- Kết hợp sử dụng một số dụng cụ trợ giúp.

Trong thực hành vận động có trợ giúp rất đa dạng, có thể vận dụng lúc nằm trên giường, lúc ngồi, lúc đứng, lúc đi, lặp đi lặp lại nhiều lần để thành phản xạ.

+ Động tác chủ động:

Vận động chủ động là thể hiện quá trình phục hồi dần dần của điều khiển thần kinh trung ương từ động tác giản đơn đến hiệp đồng và tinh vi phức tạp theo ý muốn. Lúc đầu còn vụng về chậm chạp rồi dần dần được hoàn thiện. Lúc này sự cố gắng chủ quan của bệnh nhân có tính quyết định. Cần hướng dẫn để phục hồi nhanh và uốn nắn kịp thời các lệch lạc động tác và thói quen xấu gây ảnh hưởng đến sau này như kém chính xác, động tác thừa, lệch tư thế... Vận động chủ động tiến hành ở tư thế nằm như lăn trở, vận động chi thể, làm cầu, dồn trọng lượng về bên liệt... Tập chuyển sang tư thế ngồi tập các động tác chi thể và cột sống. Tập đứng và đi. Tập phản xạ tư thế.

Phục hồi vận động chủ động là một quá trình lặp đi lặp lại và hoàn thiện dần dần. Chú ý loại trừ các động tác nguyên thủy xuất hiện cản trở vận động chủ ý.

Thường khả năng vận động chi dưới phục hồi sớm hơn vì không tinh vi như tay nên chú trọng để bệnh nhân được đứng, đi sớm là điều rất có ý nghĩa đối với hoàn cảnh chúng ta (thiếu phương tiện trợ giúp di chuyển) và tạo tâm lý tốt cho bệnh nhân, đồng thời đi lại được sẽ hạn chế các biến chứng như co cứng, teo cơ, loét do nằm lâu v.v...

Chỉ trên thường phục hồi khó, chậm và không hoàn toàn nên thường để lại di chứng khuyết tật.

Có thể sử dụng một số dụng cụ trong tập vận động để phục hồi sức co, tăng tầm vận động khớp tăng tính hiệp đồng như hệ ròng rọc, gậy, bóng, thang...

+ Sử dụng các dụng cụ trợ giúp:

Trong liệt nửa người một số dụng cụ trợ giúp dù chỉ tạm thời nhưng đem lại hiệu quả thiết thực. Các dụng cụ trợ giúp đơn giản, dễ làm, rẻ tiền có thể ứng dụng như:

- Các loại nạng 4 chân, nạng nách, nạng tay.
- Gậy chống (đầu có bọc cao su để tránh trơn trượt).
- Xe lăn (có thể tự tạo giản đơn).
- Thang song song (xà kép) tập đi.
- Các loại nẹp: vuông góc cổ chân (chống bàn chân thuổng), nẹp bàn tay, cẳng tay...
- Giải đeo cánh tay (trong bán trật khớp vai)...

+ Phục hồi sử dụng động tác...

Đây là mục tiêu cao nhất của PHCN vận động. Đặc thù về vận động của con người không chỉ là các động tác gấp duỗi, dạng khép, xoay... của từng

khớp, mặc dầu đây là các động tác cơ bản. Mục đích cao hơn là với sự điều khiển của hoạt động thần kinh tạo nên hiệp đồng động tác với mức cực kỳ tinh vi. Đơn giản như tự phục vụ ăn uống, vệ sinh, di chuyển đến tinh vi như lao động sản xuất đặc trưng của loài người và các hoạt động nghệ thuật... Phục hồi sử dụng động tác là một phần của hoạt động trị liệu từ giản đơn như cầm thìa, xúc thức ăn đưa lên miệng, cầm cốc nước uống, cầm khăn lau mặt, cầm bàn chải đánh răng... đến cởi mặc quần áo, sử dụng nhà vệ sinh v. v... đến chơi thể thao là một quá trình tái rèn luyện, lúc đầu còn vụng về khó khăn vất vả dần dần từng bước thành tạo nên đòi hỏi bệnh nhân có ý chí, kiên trì và được sự giúp đỡ tỷ mỉ. Biết sử dụng động tác hữu ích theo ý muốn của mình là nguồn phấn hứng của bệnh nhân, nếu biết kịp thời động viên sẽ tạo động lực tiến bộ nhanh chóng.

D. Một số vấn đề cần chú ý trong phục hồi chức năng vận động:

1. Tập đứng, đi:

- *Tập đứng:* bệnh nhân ngồi sát mép giường 2 chân buông xuống mặt đất và tập tỳ bàn chân cho quen dần trong 2 - 3 ngày. Lúc đầu tập đứng phải có người trợ giúp bệnh nhân để hai bàn chân rộng

bằng vai, người trợ giúp đứng trước mặt tư thế vững vàng nắm 2 cánh tay bệnh nhân kéo về phía trước đồng thời với sự cố gắng chủ động của bệnh nhân. Người trợ giúp bệnh nhân đứng lúc đầu 1 - 2 phút rồi cho ngồi xuống sau tăng dần, chú ý đề phòng bệnh nhân ngã xui về bên liệt vì chưa có phản xạ chống ngã và khi ngồi bàn chân hơi ra sau để giữ trọng tâm. Tiến tới bệnh nhân tự đứng dậy với sự trợ giúp của hai tay vịn thành giường, để tập đứng có thể sử dụng ghế 3 tầng: lúc đầu ngồi ghế cao (1), sau chuyển dần xuống ghế thấp (2,3), ngồi cao để đứng lên hơn ngồi thấp.

- *Tập đi*: thường qua hai giai đoạn: đứng dồn trọng lượng 2 chân và tập dẫm chân tại chỗ, tập bước, lúc đầu phải có người dìu và bước ngắn từng bước, sau giảm dần sự trợ giúp mà thay bằng dụng cụ như nạng 4 chân, nạng nách, thanh song song, gậy, vịn vào bờ tường, thành bàn... rồi bỏ dần tự đi một mình trên đường phẳng, đường gồ ghề, có trường hợp bệnh nhân có trở ngại bàn chân rũ xuống hoặc chân thường đi khó khăn có thể trợ giúp bằng nẹp bàn chân vuông góc hoặc kiểu buộc đầu tất nhắc lên.

Một trở ngại khác thường gặp lúc bệnh nhân đứng và đi lại là hội chứng dài vai mà thực chất

là bán trật khớp vai thường xuất hiện sau một thời gian liệt chi trên với triệu chứng chính: đau, vận động khó khăn và có hình ảnh X.quang bán trật khớp vai. Để khắc phục biến chứng này có thể: giảm trọng lượng trĩ kéo khớp vai bị liệt bằng giải đeo cánh tay (qua cổ), khi đứng đi cho tay liệt vào túi áo dưới hoặc túi quần, ứng dụng các bài tập về khớp vai sớm.

. + *Tập lên xuống bậc thang*: khi đã đi được nhưng hiệp đồng và sức cơ yếu, tập từ bậc thang thấp rồi cao dần, từ có trợ giúp (*người đỡ, gậy, nạng*) đến không cần trợ giúp, từng bước từng bậc đến bước liên tục. Chú ý dự phòng bàn chân bên liệt bị vấp bậc cầu thang lúc lên có thể ngã ngửa ra sau nguy hiểm.

2. Sử dụng xe lăn:

Xe lăn là một phương tiện di chuyển rất quan trọng của bệnh nhân liệt nửa người giai đoạn chưa tự đi được hoặc cần đi xa.

Xe lăn có 2 tác dụng: chỗ vịn để tập đi, phương tiện di chuyển gọn nhẹ, có nhiều loại xe lăn từ thô sơ đến rất hiện đại (điện tử).

Xe lăn thô sơ tự tạo phù hợp với hoàn cảnh gia đình với nguyên vật liệu tại chỗ (*mây, song,*

tre, gỗ, sắt) lại thích hợp với nhu cầu, tại gia đình đã có thể tạo được xe lăn tiện lợi hơn như có lỗ đi đại tiểu tiện (*dưới đế bô*), lắp thêm bàn ăn uống, tập viết.

Khi sử dụng cần chú ý:

- Lúc ra vào xe lăn nhớ khoá hoặc cài phanh để xe đứng yên, xe di chuyển có thể bị hụt ngã.

- Ngồi xe lăn 2 bàn chân phải có chỗ gác và tạo với cẳng chân góc 90^0 , 2 tay để lên thành xe không buông thõng xuống, tư thế ngồi tựa lưng ngay thẳng.

- Coi xe lăn là phương tiện lúc cần thiết hoặc mất khả năng tự đi, không y lại xe lăn mà bỏ tập đi, tự đi được mới là mục tiêu tập luyện.

3. Dự phòng các tai nạn:

- Ngã do phản xạ tự vệ kém, vướng chướng ngại vật, gây chống không bịt cao su trơn trượt, thiếu chuẩn bị... ngã thường đổ về bên liệt nên dễ gây gãy cổ xương đùi làm bệnh trầm trọng hơn.

- Bỏng do động tác vụng về rơi đổ cốc phích nước nóng, hút thuốc lá, sử dụng điện...

- Chấn thương gây nên do các phương tiện dụng cụ tập luyện và trợ giúp không bảo đảm an toàn chắc chắn (gãy, đứt dây ròng rọc, va phải xe cộ...).

IV. THEO DÕI ĐÁNH GIÁ GIẢN ĐƠN VỀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG

Để đánh giá về phục hồi chức năng vận động nói chung và đối với liệt nửa người nói riêng người ta sử dụng rất nhiều biện pháp chuyên ngành cần hiểu biết kỹ thuật và có trang bị, việc theo dõi tiến triển của bệnh nhân tại nhà rất cần thiết nhưng kỹ thuật cần giản đơn và thiết thực, chủ yếu đánh giá bên liệt, có thể cả bên lành để so sánh.

1. Đếm mạch hàng ngày, nếu có tăng giảm tới 10 nhịp thì cần được y tế kiểm tra.

2. Đo huyết áp hàng tuần vì tai biến mạch máu não liên quan nhiều đến huyết áp nhất là huyết áp tăng.

3. Đánh giá mức độ thực hiện các hoạt động sống hàng ngày với 3 mức chính: tự làm được, cần sự giúp đỡ một phần, hoàn toàn không làm được, để cho điểm hàng tuần hoặc hàng tháng theo thang điểm Barthel (xem bảng kèm theo).

Mỗi lần đánh giá ghi điểm cụ thể vào từng mục, có 10 hoạt động chính hàng ngày, tổng điểm tối đa (bình thường) = 100 điểm, điểm càng thấp chứng tỏ khả năng phục hồi càng kém. Nếu sau hàng tháng không có tiến bộ hoặc điểm giảm xuống cần được y tế kiểm tra và tìm hiểu nguyên nhân điều chỉnh kỹ thuật hợp lý.

Ví dụ cách đánh giá cho điểm mục ăn uống:

- Tự làm được hoàn toàn: xúc gấp thức ăn vào miệng: 10 điểm.

- Không tự làm được phải nhờ người khác giúp hoàn toàn: 0 điểm.

- Cần sự giúp đỡ nhiều hoặc ít, ví dụ:

+ 50% = 5 điểm

+ 30% = 7 điểm

+ 80% = 2 điểm

Tùy sự giúp đỡ nhiều hay ít để điều chỉnh điểm cho tương đối chính xác. Tuy nhiên cách đánh giá này cũng chỉ tương đối để giúp theo dõi sự tiến triển được Tổ chức y tế thế giới công nhận.

BẢNG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ THỰC HIỆN CÁC HOẠT ĐỘNG SỐNG HÀNG NGÀY (Barthel)

Họ tên:..... Tuổi:..... Nam / nữ:.....

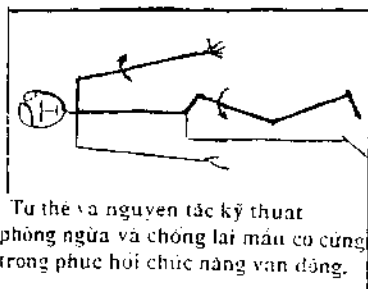
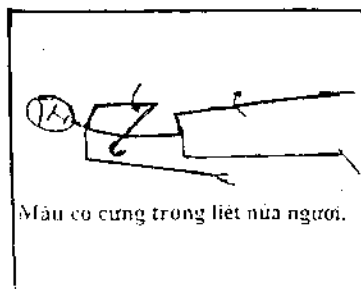
Mục	Mức độ thực hiện	Điểm chuẩn	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4
Ăn uống	- Tự xúc gấp thức ăn - Cần sự giúp đỡ một phần - Phụ thuộc hoàn toàn	10 5 0				
Tắm	- Tự tắm - Cần sự giúp đỡ	5 0				
Kiểm soát đi ngoài	- Tự chủ (buồn đi và biết gọi) - Đôi lúc cần sự giúp đỡ - Rối loạn thường xuyên, không tự chủ	10 5 0				
Kiểm soát đi tiểu	- Tự chủ khi đi tiểu - Đôi lúc cần sự giúp đỡ - Rối loạn thường xuyên (bí, đái dầm)	10 5 0				
Chăm sóc bản thân	- Tự rửa mặt, cạo râu, chải đầu - Cần có sự giúp đỡ	5 0				
Thay quần áo	- Tự thay quần áo, đi giày dép - Cần có sự giúp đỡ 1 phần - Phụ thuộc hoàn toàn	10 5 0				
Sử dụng nhà xí	- Tự đi tiểu, đi ngoài trong nhà xí - Cần có sự giúp đỡ (cởi quần, lấy giấy) - Không sử dụng được nhà xí (tại giường)	10 5 0				
Di chuyển	- Tự di chuyển được từ giường sang ghế - Cần giám sát, có sự giúp đỡ - Cần giúp đỡ nhiều, ngồi được - Không ngồi được, nằm tại giường	15 10 5 0				
Đi	- Tự đi được 50m - Đi được 50m có người dắt - Không bước được phải vịn xe lăn - Cần sự giúp đỡ hoàn toàn	15 10 5 0				
Leo bậc thang	- Tự lên xuống thêm nhà, cầu thang - Cần sự giúp đỡ (dắt, vịn, nâng) - Không leo được	10 5 0				
Cộng		0-100				

Ghi chú: - Ngày bị bệnh:.....
- Ngày đánh giá lần 1,2,3,4:.....

V. MỘT SỐ HÌNH ẢNH MINH HỌA KỸ THUẬT PHCN VẬN ĐỘNG

(Bên mẫu đậm là bên liệt)

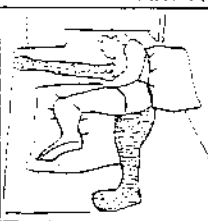
1. Tư thế chống mẫu co cứng:



CÁC TƯ THẾ NÀM THEO MẪU PHỤC HỒI



Nằm nghiêng bên lành



Nằm nghiêng bên liệt



Nằm ngửa

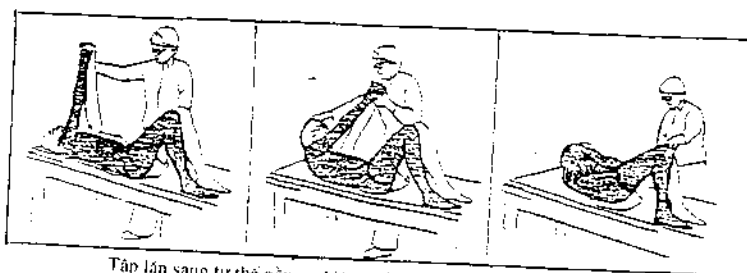


Nằm nghiêng bên liệt



Nằm nghiêng bên lành

2. Tập vận động thụ động, trợ giúp và chủ động

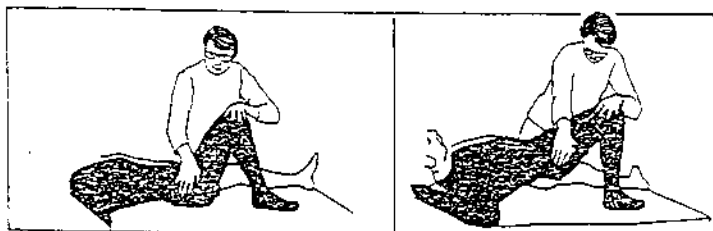


Tập lần sang tư thế nằm nghiêng về phía bên lành

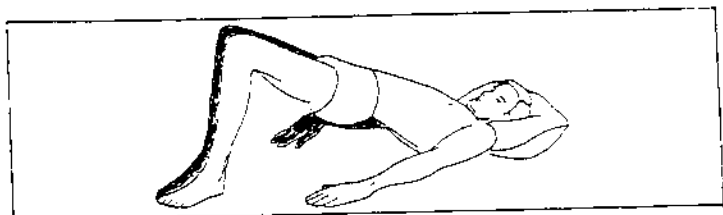
a.



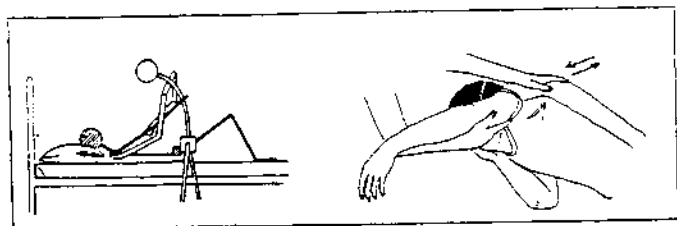
Tập lần sang tư thế nằm nghiêng về phía bên liệt.



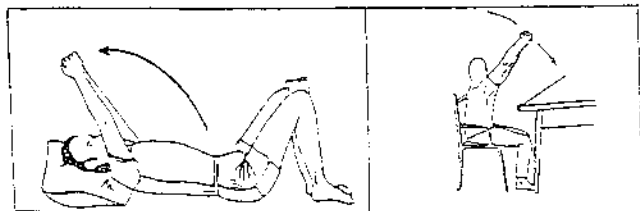
- Tập dồn trọng lượng lên chân liệt.



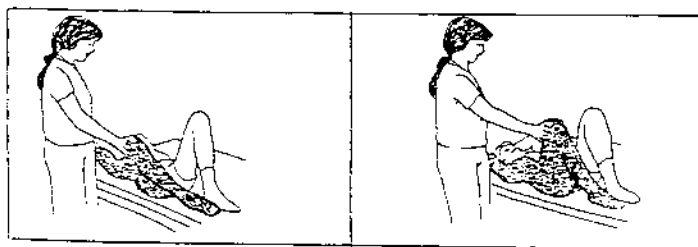
- Tập làm cầu với hai chân, sau đó với riêng chân bị liệt.



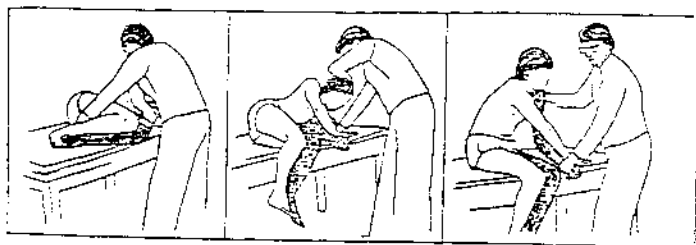
- Vận động đưa vai ra phía trước.



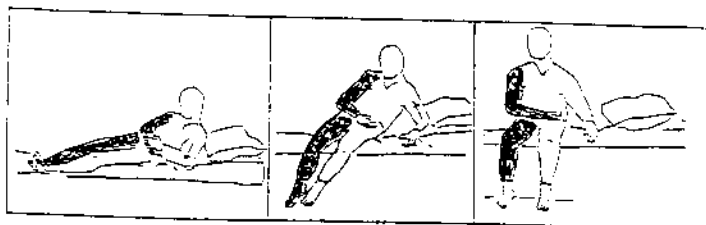
- Vận động tay liệt với sự trợ giúp của tay lành



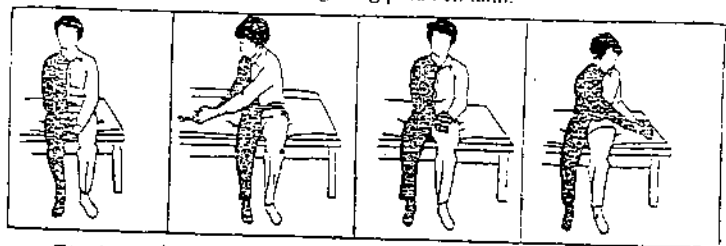
- Tập dang, khớp khớp háng bên liệt trong khi khớp gối gấp



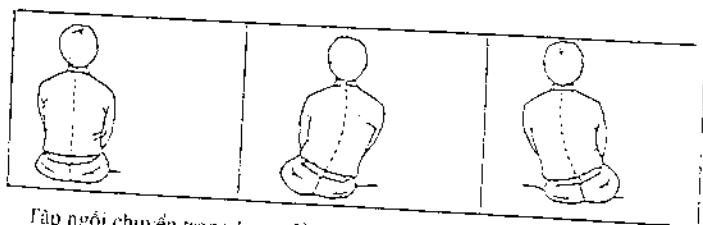
Tập ngồi dậy từ tư thế nằm nghiêng phía bên liệt



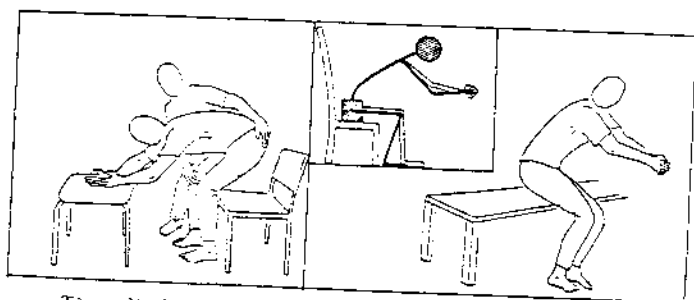
Tập ngồi dậy từ tư thế nằm nghiêng phía bên lành.



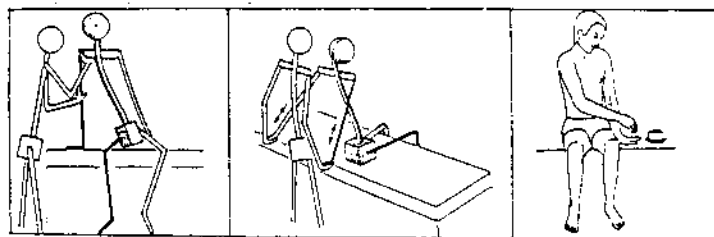
Tập thẳng bằng khi ngồi (tĩnh và động)



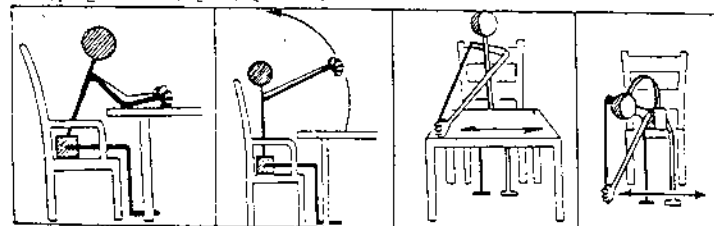
Tập ngồi chuyển trọng lượng lần lượt sang hai bên mông kết hợp với điều chỉnh thân mình phù hợp



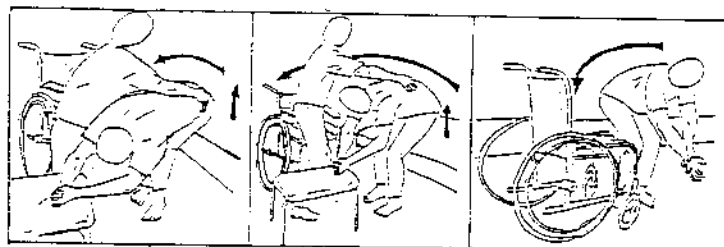
Tập ngồi dón trọng lượng về phía trước để chuẩn bị tập đứng lên



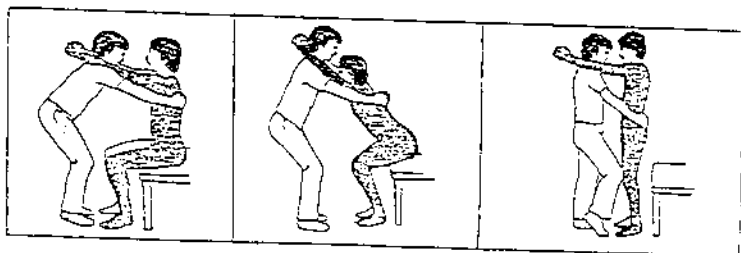
Tập ngồi dòn trong lưng lên tay liệt



Tập vận động tay liệt ở tư thế ngồi



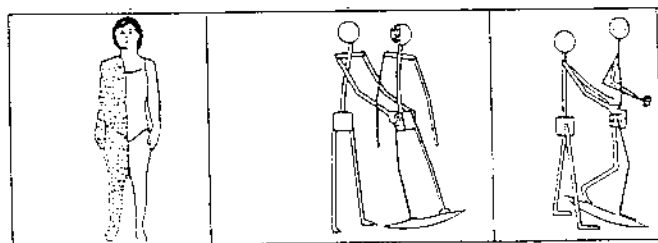
Tập di chuyển từ giường ra ghế hoặc xe lăn và ngược lại.



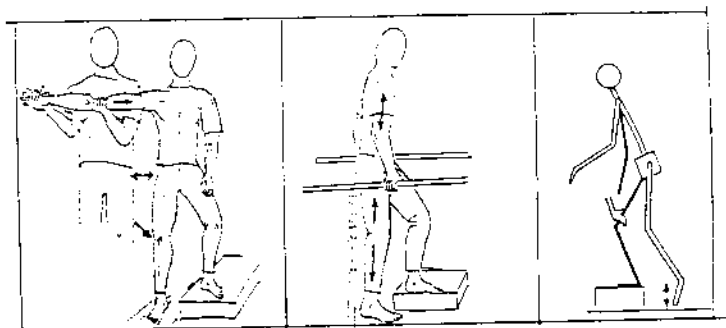
Tập đứng lên khi đang ngồi trên giường, ghế hoặc xe lăn.



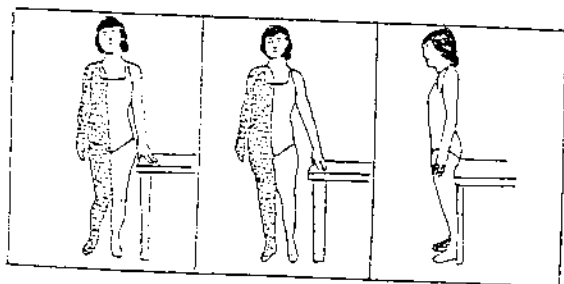
Tập chuyển trọng lượng sang hai bên và hai phía trên ghế bập bênh.



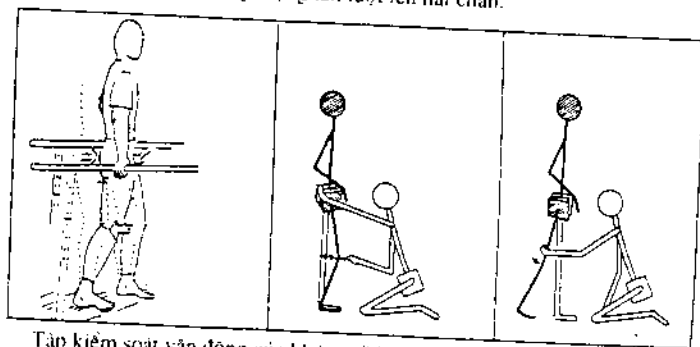
Tập đứng thăng bằng (tĩnh và động): tập đứng trên bàn nghiêng



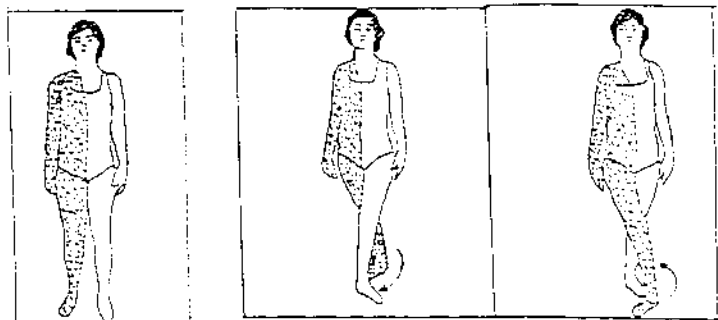
Tập đứng dồn trọng lượng lên chân liệt



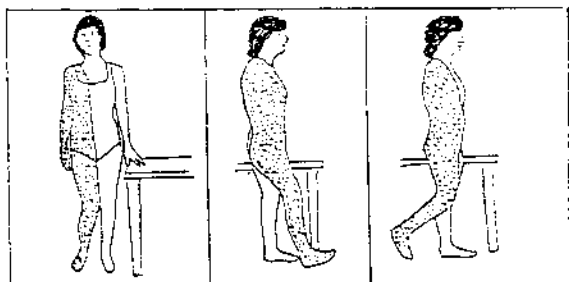
Tập đứng chuyển trọng lượng lần lượt lên hai chân.



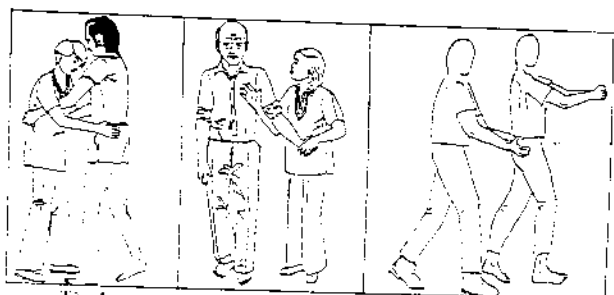
Tập kiểm soát vận động của khớp gối bên liệt khi đứng.



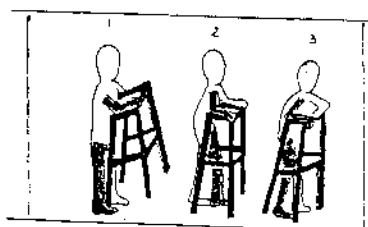
Tập đứng bằng chân liệt, bước chân lành lên trước, ra sau.



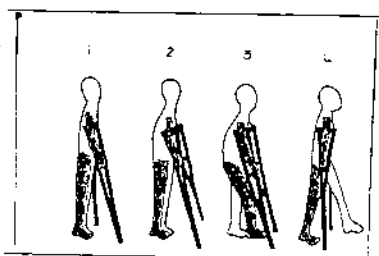
Tập đứng bằng chân lành, bước chân liệt lên trước, ra sau.



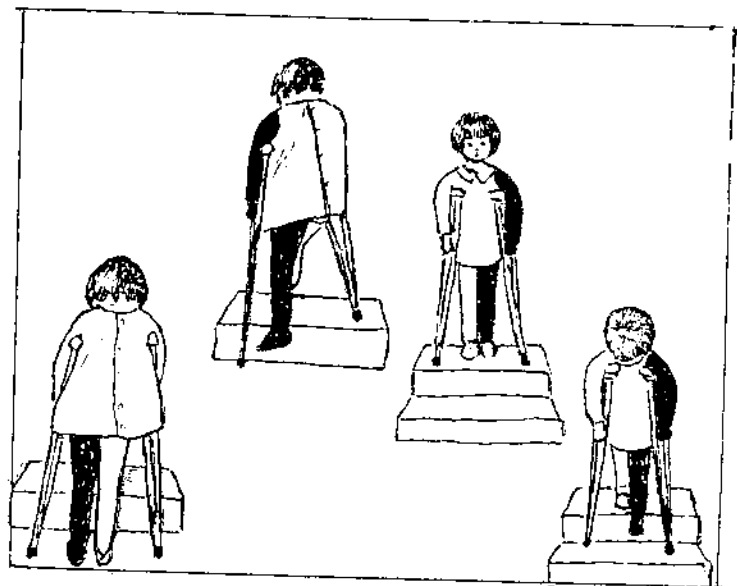
Tập đi



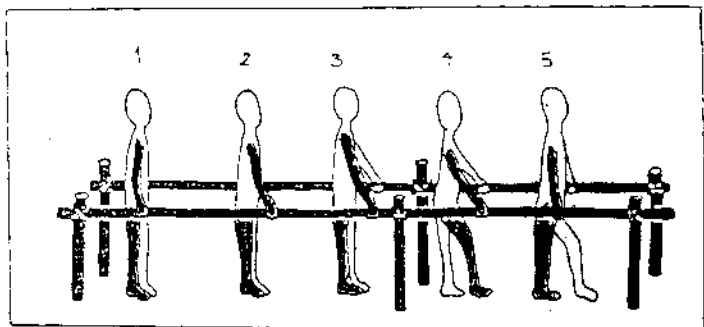
Khung tập đi và cách đi với khung tập đi



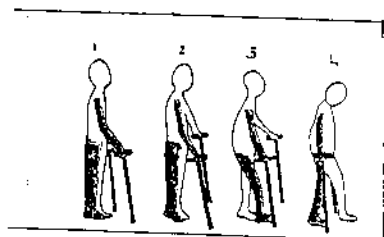
Nạng nách và cách tập đi với hai nạng



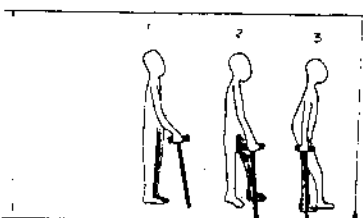
Lên xuống cầu thang với nạng



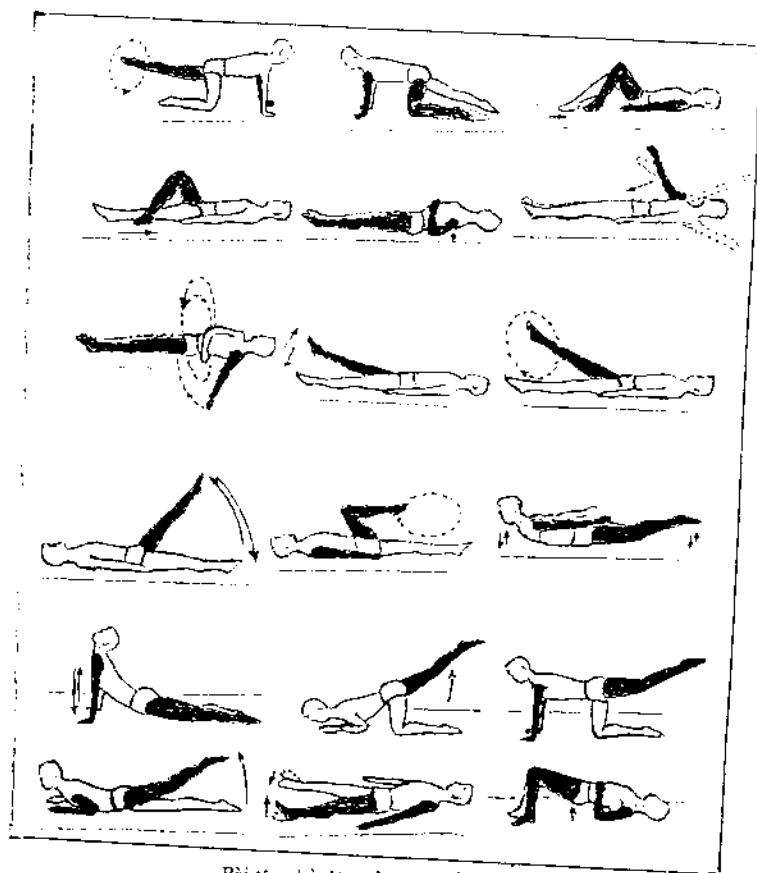
Thanh song song và các bước tập đi trong thanh song song



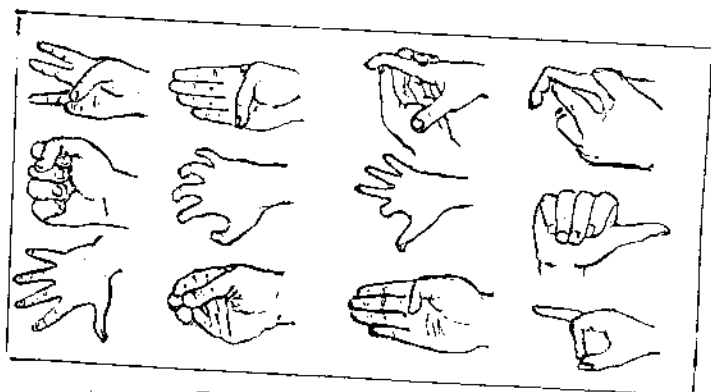
Gậy và cách tập đi bằng hai gậy.



Cách tập đi bằng một gậy.

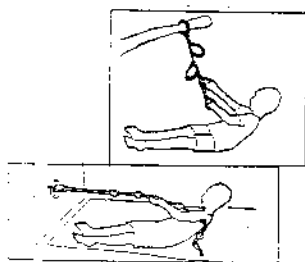


Bài tập chủ động ở tư thế nằm

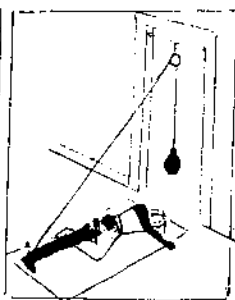


Tập phục hồi vận động bàn và ngón tay

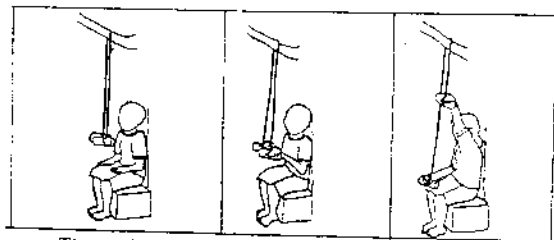
3. Tập với dụng cụ:



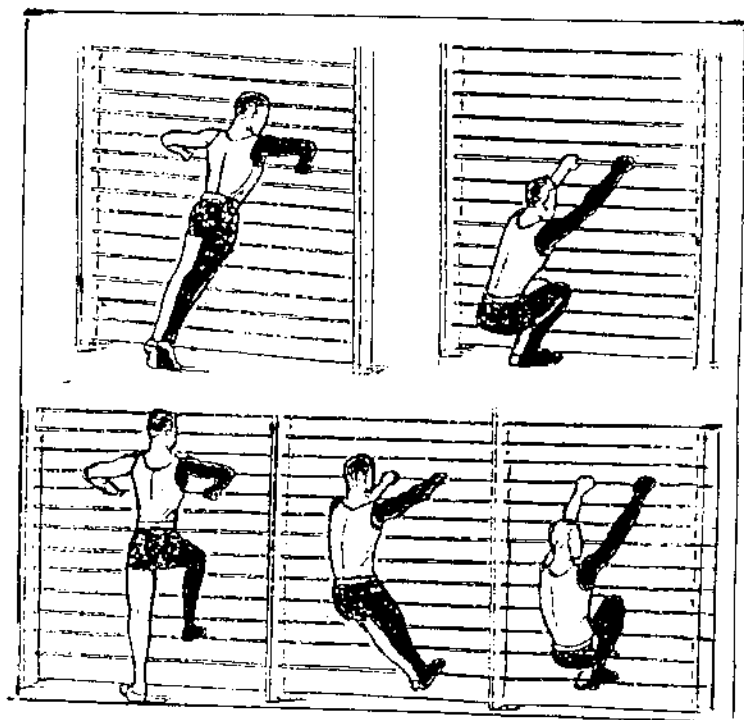
Tập với dây kéo



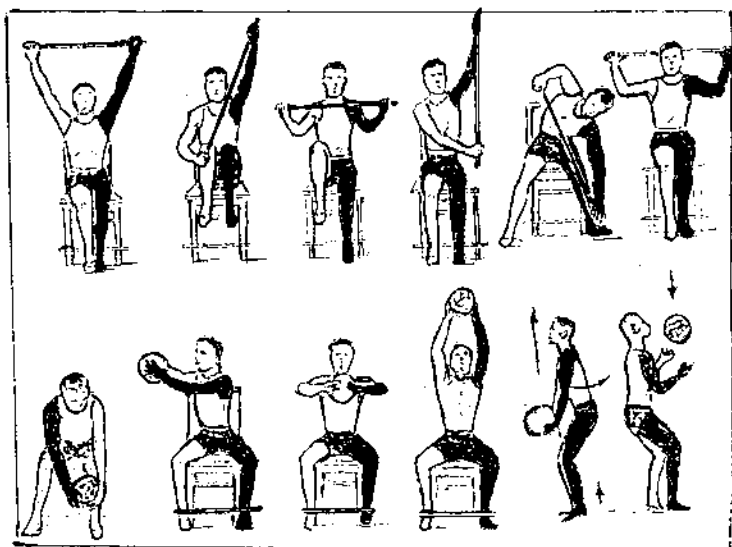
Tập trên hệ ròng rọc



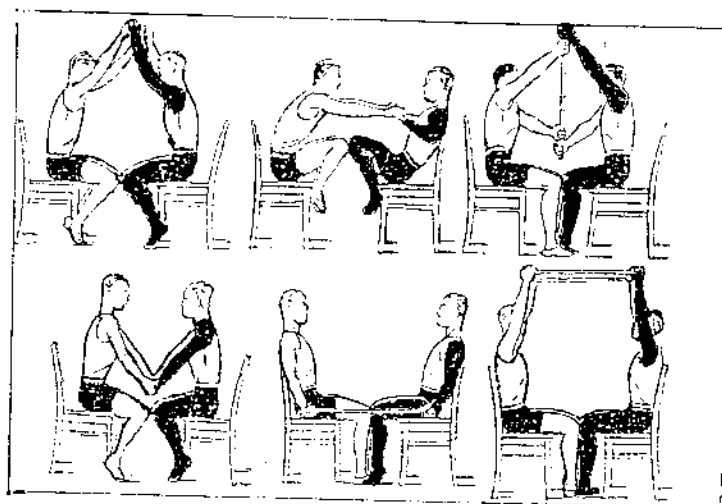
Tập vận động vai tay với ròng rọc đơn giản



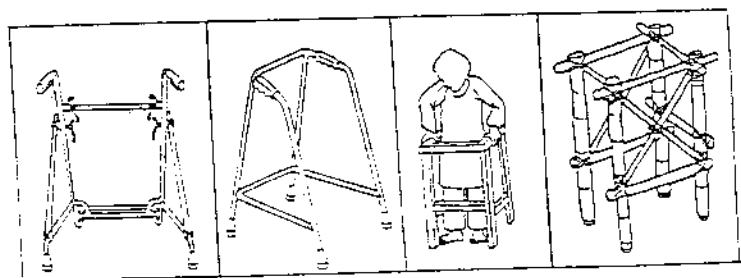
Tập trên thang giống



Tập với bóng và gậy

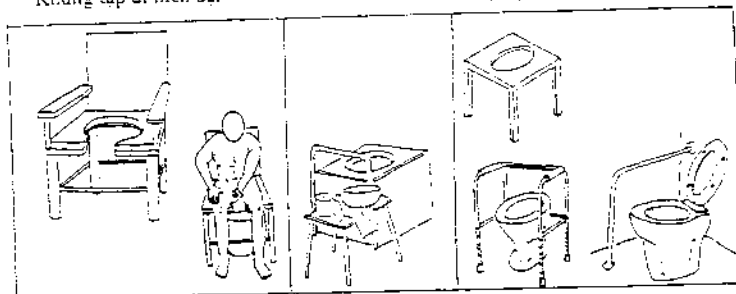


Tập tay đôi giữa người bệnh và người lành

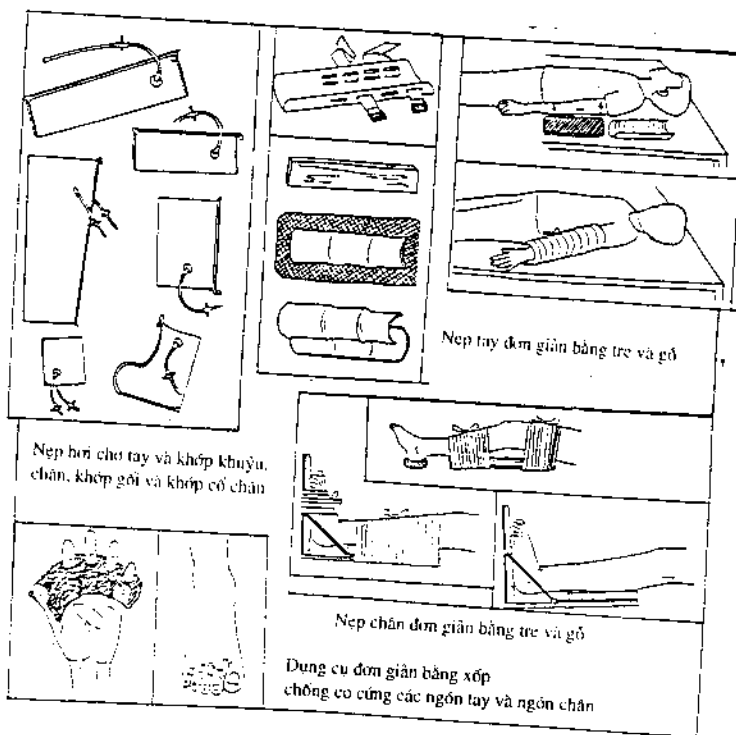


Khung tập đi hiện đại

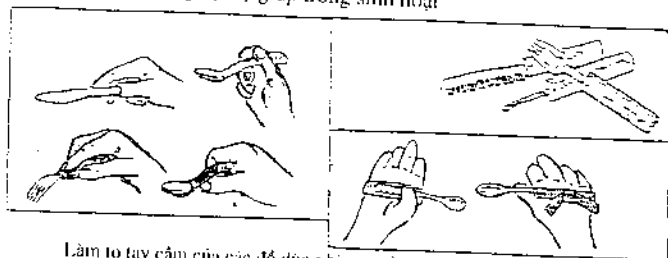
Khung tập đi đơn giản



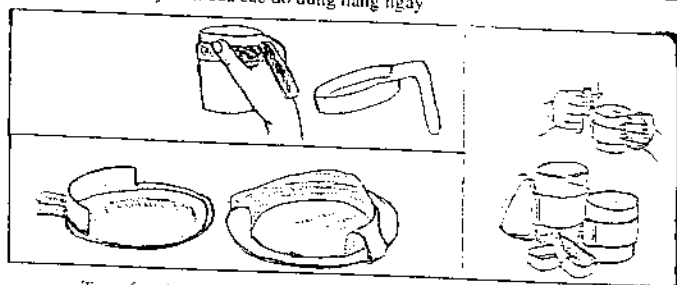
Ghế bô giúp người bệnh đại, tiểu tiện khu họ không tự đến nhà vệ sinh



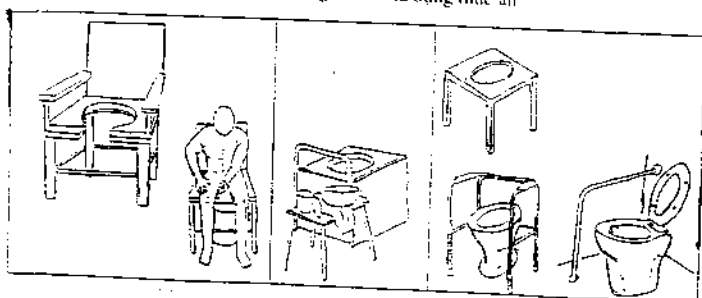
Dụng cụ trợ giúp trong sinh hoạt



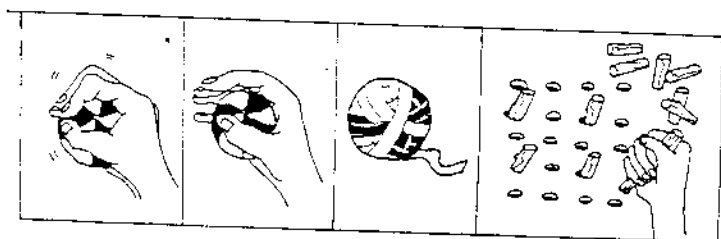
Làm to tay cầm của các đồ dùng hàng ngày



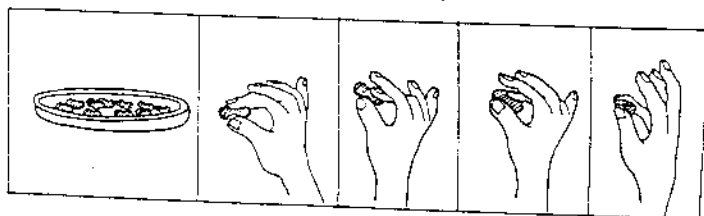
Tay nắm phụ cho ca cốc uống nước, đĩa đựng thức ăn



Giế hỗ và dụng cụ trợ giúp vệ sinh cá nhân



Tập nắm, xoay bàn tay, gấp duỗi các ngón tay.



Tập đối chiếu các ngón tay với ngón cái.

MỤC LỤC

I.	Đại cương về tai biến mạch máu não	5
II.	Một số điều cần chú ý về chăm sóc bệnh nhân tại nhà	8
III.	Phục hồi chức năng vận động tại nhà	20
IV.	Theo dõi đánh giá giản đơn về phục hồi chức năng vận động	32
V.	Một số hình ảnh minh họa kỹ thuật phục hồi chức năng vận động	35

LUYỆN TẬP
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
SAU
TẠI BIẾN
MẠCH MÁU NÃO

ĐSX 11,3
1940

0502 48

luyện tập phục hồi chức



1 003081 201204

7.000 VNĐ