

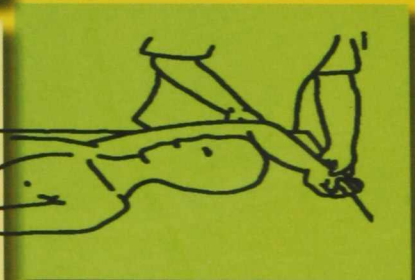
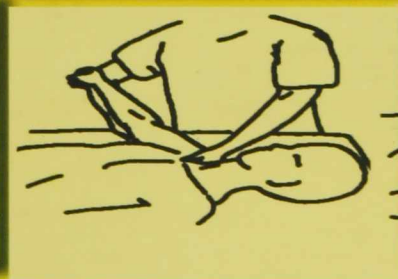
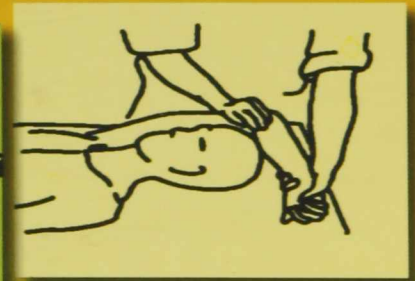
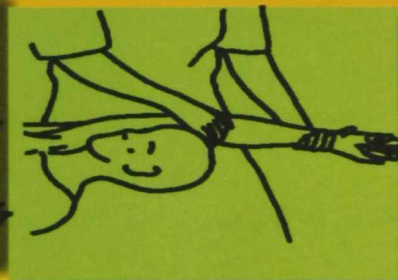
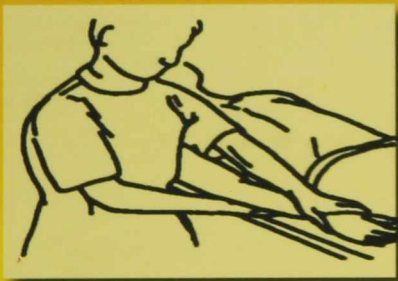
PGS.TS. BSCC TRẦN VĂN CHƯƠNG

Cao Đẳng Y tế Phú Thọ - Thư viện



KM.007318

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Hà Nội - 2010



PGS. TS. BSCC TRẦN VĂN CHUƠNG

Giám đốc Trung tâm Phục hồi chức năng,
Bệnh viện Bạch Mai

Ngày tháng năm sinh: 08 – 04 – 1950

Quê quán: Xã Hà Lộc, Thị xã Phú Thọ,
Tỉnh Phú Thọ

* **1968:** Sinh viên Đại học Y Hà Nội

* **1974:** Bác sĩ nội trú khoa Nội
Bệnh viện Bạch Mai

* **1988:** Bác sĩ Phó trưởng khoa Phục hồi
chức năng Bệnh viện Bạch Mai

* **2003:** Tiến sĩ, Bác sĩ chính, Phó trưởng
khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện
Bạch Mai

* **2005:** Thầy thuốc ưu tú, Tiến sĩ, Bác sĩ
cao cấp, Phó giám đốc Trung tâm
Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai

* **2008:** Tiến sĩ, Bác sĩ cao cấp, Thầy thuốc
ưu tú, Giám đốc Trung tâm

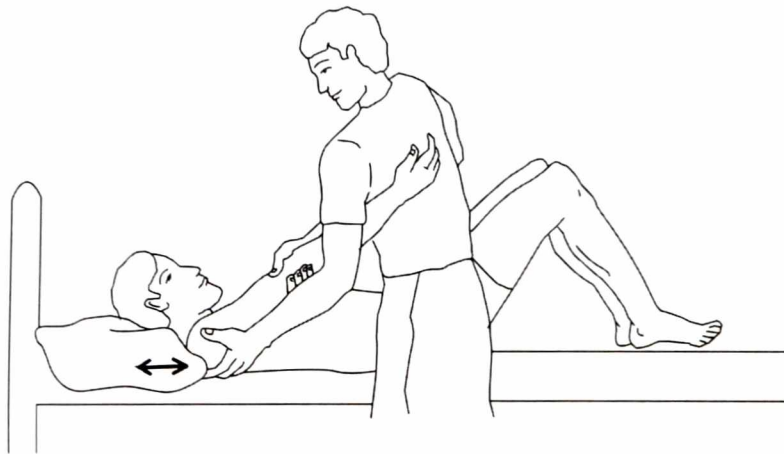
Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai

* **2009:** Phó giáo sư, Tiến sĩ, Bác sĩ cao cấp,
Thầy thuốc ưu tú, Giám đốc Trung tâm
Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai

**PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI
DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO**

PGS.TS.BSCC TRẦN VĂN CHƯƠNG

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI
DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
Hà Nội - 2010

Cùng tác giả tham gia biên soạn

1. Vật lí trị liệu Phục hồi chức năng, 1995
2. Vận động liệu pháp - Nguyên lí và kĩ thuật, 1996
3. Sổ tay Vật lí trị liệu lâm sàng, 1996
4. Giáo trình bổ sung kiến thức Vật lí trị liệu, 1998
5. Phục hồi trẻ tàn tật tại cộng đồng, 1999
6. Vật lí trị liệu - Phục hồi chức năng, 2002
7. Huấn luyện người tàn tật tại cộng đồng, 2003
8. Bài giảng Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, 2004
9. Hướng dẫn Quy trình kĩ thuật bệnh viện, 2005
10. Bộ tài liệu hướng dẫn công tác Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, 2009
11. Vật lí trị liệu - Phục hồi chức năng, 2010
12. Phục hồi chức năng Nạn nhân chất độc hóa học Dioxin, 2010

Lời nói đầu

Tai biến mạch máu não là loại bệnh lí thường gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau, có thể gây tử vong nhanh, có tỉ lệ tử vong cao. Đồng thời, đây cũng là loại bệnh để lại nhiều di chứng nặng nề, đặc biệt là những di chứng về vận động dẫn đến tàn tật nhiều nhất.

Tai biến mạch máu não có thể xảy ra đối với tất cả mọi người, không phân biệt nghề nghiệp, giới tính, địa phương, hoàn cảnh kinh tế, xã hội.

Theo phân loại về tàn tật của Tổ chức Y tế Thế giới, bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não thuộc loại đa tàn tật. Vì ngoài khó khăn về vận động, nhiều người trong số họ còn có những rối loạn chức năng khác như: khó khăn về nhìn, khó khăn về nghe nói, rối loạn về cảm xúc, rối loạn về nhận thức

Phục hồi chức năng cho bệnh nhân tai biến mạch máu não còn đang là vấn đề mới đối với chúng ta hiện nay. Chúng ta chưa có đủ các thành viên cơ bản của “nhóm phục hồi” với các kĩ thuật viên chuyên khoa cũng như các trang thiết bị chuyên môn dùng cho chuyên ngành đặc biệt này.

Là một trong những nhà khoa học, chuyên gia đầu ngành trong lĩnh vực Phục hồi chức năng hoạt động tại Bệnh viện Bạch Mai, tác giả biên soạn cuốn sách này nhằm đáp ứng yêu cầu phổ biến và góp phần nâng cao chất lượng Phục hồi chức năng cho bệnh nhân tai biến mạch máu não ở tất cả các tuyến. Sách được biên soạn cho chương trình đào tạo và thực hành của cán bộ chuyên ngành Phục hồi chức năng. Đồng thời, sách cũng có thể được dùng làm tài liệu tham khảo của các chuyên ngành khác, kể cả bệnh nhân và gia đình người bệnh.

Để biên soạn tài liệu này, ngoài bốn mươi năm kinh nghiệm của bản thân, tác giả đã tham khảo nhiều sách chuyên ngành Thần kinh và Phục hồi chức năng của nhiều tác giả trong nước và trên thế giới, có chọn lọc và bổ sung các phương pháp, các bài tập và kĩ thuật cho phù hợp với hoàn cảnh thực tế của Việt Nam.

Tuy nhiên, sách xuất bản lần đầu nên không tránh khỏi những thiếu sót. Cuốn sách này mới chỉ đề cập về phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân là chủ yếu. Trong khi, thực tế của bệnh nhân còn nhiều vấn đề khác như: ngôn ngữ, nhận thức... chưa được đề cập đến. Vì thế, tác giả mong nhận được những ý kiến đóng góp xây dựng của các bạn đồng nghiệp và bạn đọc gần xa để tái bản sau được tốt hơn.

Xin trân trọng giới thiệu với bạn đọc cuốn sách ***“Phục hồi chức năng bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não”*** của PGS.TS.BSCC Trần Văn Chương - Giám đốc Trung tâm Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai và xin chân thành cảm ơn tác giả về sự hợp tác nhiệt tình này.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

PHẦN MỘT
TỔNG QUAN VỀ KHUYẾT TẬT
VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Chương 1

TỔNG QUAN VỀ KHUYẾT TẬT

Trước đây, người ta thường dùng từ *tàn tật*. Hiện nay, do có những thay đổi về quan niệm, cách nhìn nhận vấn đề, cách đánh giá, cách tiếp cận xã hội và nguyện vọng của nhiều người, đặc biệt là những người tàn tật, từ *tàn tật* được thay bằng *khuyết tật*.

Khuyết tật không phải là vấn đề của riêng quốc gia nào mà là vấn đề mang tính toàn cầu. Ở bất kì quốc gia nào và trong bất kì chế độ chính trị, xã hội nào thì người khuyết tật cũng vẫn là những công dân bình đẳng không thể tách rời khỏi cộng đồng.

Trong thực tế có một phần trong số những người khuyết tật là gánh nặng cho gia đình và cộng đồng, nhưng rất nhiều người khuyết tật trong số họ đã vượt lên số phận và hòa nhập tốt với cộng đồng. Nhiều người khuyết tật đã, đang và sẽ đóng góp rất nhiều cho cộng đồng trên mọi lĩnh vực kinh tế, xã hội, văn hoá nghệ thuật và khoa học kĩ thuật.

1. Khái niệm về khuyết tật

Có nhiều tài liệu Quốc tế và trong nước nói về tàn tật (khuyết tật) đã được xuất bản và sử dụng từ trước đến nay:

+ Tuyên ngôn về quyền của người tàn tật 1975 chỉ rõ: Thuật ngữ người tàn tật có nghĩa là bất cứ những người nào không có khả năng tự đảm bảo cho bản thân, toàn bộ hay từng phần những sự cần thiết của một cá nhân bình thường, hay của cuộc sống xã hội do sự thiếu hụt (bẩm sinh hay không bẩm sinh) trong những khả năng về thể chất hay tâm thần của họ.

+ Công ước của Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO) về phục hồi chức năng nghề nghiệp và việc làm cho người tàn tật 1983: Thuật ngữ người tàn tật dùng để chỉ một cá nhân mà triển vọng tìm và duy trì được việc

Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

làm thích hợp cũng như triển vọng tiến bộ về mặt nghề nghiệp đều bị giảm đi một cách rõ rệt, do một khuyết tật về thể chất hoặc tâm thần được công nhận rõ ràng.

+ Quy tắc tiêu chuẩn của Liên hiệp quốc về bình đẳng hoá các cơ hội cho người tàn tật năm 1993: Thuật ngữ tàn tật tóm tắt một số lớn các loại hạn chế về chức năng xuất hiện trong bất kì một cộng đồng dân cư ở bất kì một quốc gia nào trên thế giới.

Con người có thể bị tàn tật do khuyết tật về thể chất, trí tuệ hoặc giác quan, các tình trạng bệnh lí hay bệnh tâm thần. Các tình trạng khuyết tật, điều kiện hoặc bệnh lí như vậy có thể là vĩnh viễn hoặc tạm thời.

+ Nghị định của Chính phủ số 81/1995 quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Bộ luật Lao động: Người tàn tật là người mà khả năng lao động bị suy giảm từ 21% trở lên do tàn tật, được hội đồng giám định Y khoa xác nhận.

+ Pháp lệnh về người tàn tật của Việt Nam năm 1998: Người tàn tật theo quy định của pháp lệnh này không phân biệt nguồn gốc gây ra tàn tật, là người bị khiếm khuyết một hay nhiều bộ phận cơ thể hoặc chức năng biểu hiện dưới những dạng tật khác nhau, làm suy giảm khả năng hoạt động, khiến cho lao động, sinh hoạt, học tập gặp nhiều khó khăn.

+ Nghị quyết của Liên hiệp quốc và Công ước Quốc tế về quyền của người khuyết tật 2006: Khuyết tật là một khái niệm mới, khuyết tật là kết quả của sự tương tác giữa những người có khiếm khuyết và những rào cản về thái độ và môi trường mà ở đó hạn chế sự tham gia một cách đầy đủ, và có hiệu quả của họ vào các hoạt động trên cơ sở bình đẳng với các thành viên khác trong xã hội.

- *Điều 1:* người khuyết tật bao gồm những người có những khiếm khuyết lâu dài về thể chất, trí tuệ, thần kinh hoặc giác quan mà khi tương tác với các rào cản khác nhau có thể cản trở sự tham gia đầy đủ và hiệu quả của họ trong xã hội trên một nền tảng công bằng như những người khác trong xã hội.

2. Dịch tễ học về khuyết tật

Hiện tại chưa có một con số chính xác về tỉ lệ khuyết tật trên phạm vi toàn cầu hay của một khu vực vì việc điều tra trên phạm vi rộng như vậy đòi hỏi một nguồn ngân sách rất lớn và sự tham gia của nhiều nước. Mặt khác, cũng chưa có sự thống nhất toàn cầu về khái niệm và các thuật ngữ liên quan, cũng như công cụ đo lường trong điều tra khuyết tật.

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính người khuyết tật chiếm khoảng 10% dân số. Hiện nay, trên thế giới có khoảng 600 triệu người khuyết tật, riêng khu vực Tây Thái Bình Dương có khoảng 100 triệu người khuyết tật, 75% trong số họ chưa có sự chăm sóc đầy đủ về y tế và xã hội.

Do có sự khác nhau về khái niệm và phương pháp điều tra, đo lường khuyết tật mà tỉ lệ khuyết tật rất khác nhau ở các nước như: Canada (14,7%), NaUy (17,6%), Mỹ (15%), New Zealand (20%), Úc (18%), trong khi đó một số nước của châu Phi như: Kenya (0,7%), Nigeria (0,5%), Nam Phi (0,5%).

Ở Việt Nam, tỉ lệ khuyết tật khác nhau giữa các ngành và tùy theo mục đích điều tra. Hiện tại, chưa có thông báo chính thức về tỉ lệ khuyết tật, nhưng theo kết quả điều tra mức sống hộ gia đình của Tổng cục Thống kê năm 2006, tỉ lệ khuyết tật chung từ 5 tuổi trở lên là 15,3% dân số.

3. Nguyên nhân khuyết tật

Ngoài vấn đề sức khỏe và bệnh tật, có nhiều nguyên nhân làm gia tăng tỉ lệ khuyết tật như chiến tranh và bạo lực, đói nghèo, trình độ học vấn và dân trí thấp, quan niệm không đúng về khuyết tật của cộng đồng, hệ thống chăm sóc sức khỏe phòng ngừa bệnh tật không tốt, gia tăng tai nạn thương tích, thảm họa môi trường tự nhiên, ô nhiễm môi trường sống, mất an toàn thực phẩm, y học phát triển, tuổi thọ tăng cao.

4. Hậu quả của khuyết tật

Khuyết tật nếu không được phục hồi chức năng và có các can thiệp về kinh tế và xã hội kịp thời sẽ tác động không nhỏ tới tình trạng sức khỏe của cơ thể, các chức năng sinh hoạt cần thiết trong đời sống hàng ngày, khả năng tham gia các hoạt động xã hội của cá nhân người khuyết tật, kéo theo các tác động tới gia đình và cộng đồng.

+ Đối với cá nhân người khuyết tật: 90% trẻ khuyết tật nặng chết trước 20 tuổi. Sức khỏe người khuyết tật bị hạn chế, tỉ lệ mắc bệnh, tỉ lệ tử vong cao; họ không có vị trí trong gia đình và cộng đồng, bị coi thường, xa lánh và đối xử không bình đẳng.

Người khuyết tật ít được học hành và ít có cơ hội bình đẳng, khó tiếp cận các dịch vụ xã hội; khó hoặc không có việc làm, thu nhập và dễ trở thành đối nghèo; các quyền cơ bản và sự tham gia xã hội đều bị hạn chế.

+ Đối với gia đình của người khuyết tật: người khuyết tật thường là gánh nặng của gia đình cả về vật chất và tinh thần; họ dễ bị coi thường, phân biệt đối xử, không được tham gia các hoạt động, không được tôn trọng, không có vị trí trong gia đình.

+ Đối với xã hội: người khuyết tật thường là gánh nặng của cộng đồng; họ thường không có vai trò và vị trí ở cộng đồng; họ hay bị dèm pha, xa lánh, coi thường, thất thế; có thể làm giảm sức lao động và sản xuất của cải vật chất cho xã hội.

5. Các phân loại và thuật ngữ liên quan đến khuyết tật

• Năm 1980, WHO giới thiệu phân loại Quốc tế về Khiếm khuyết - Giảm khả năng - Tàn tật (International Clasification of Impairment, Disability and Handicape: ICIDH). Trong cách phân loại theo mô hình y tế này, có các khái niệm cơ bản như sau:

+ *Khiếm khuyết (Impairment)*: là tình trạng thiếu hụt hoặc bất bình thường về tâm lí hoặc cấu trúc giải phẫu của cơ thể, do điều kiện sức khỏe gây ra.

+ *Giảm khả năng (Disability)*: do tình trạng khiếm khuyết, dẫn đến sự hạn chế hay thiếu hụt khả năng thực hiện các hoạt động theo cách thông thường mà những người khác thường làm.

+ *Tàn tật (Handicap)*: do khiếm khuyết hoặc giảm khả năng làm hạn chế hoặc ngăn cản việc thực hiện vai trò bình thường trong xã hội (phụ thuộc vào tuổi, giới, xã hội, văn hóa).

Theo cách phân loại này WHO phân tàn tật thành 7 loại với các tên gọi khác nhau: khó khăn về vận động; khó khăn về nhìn; khó khăn về nghe, nói; khó khăn về học; động kinh; hành vi xa lạ; mất cảm giác.

+ *Đa tàn tật*: nếu một người có từ 02 loại tàn tật trở lên.

• Năm 2001, WHO giới thiệu Phân loại Quốc tế dựa vào chức năng, khuyết tật và sức khỏe (ICF: International Classification of Function). Trong cách phân loại theo mô hình xã hội này, có một số khái niệm cơ bản như sau:

+ *Khiếm khuyết (Impairment)*: sự mất mát hoặc bất thường về cấu trúc hoặc chức năng sinh lí (bao gồm cả các chức năng tâm thần). Sự bất thường chỉ được sử dụng khi có sự khác biệt đáng kể so với các tiêu chuẩn thống kê đã được thiết lập.

+ *Hoạt động (Activities)*: sự tiến hành một nhiệm vụ, hoặc một hành động của một cá nhân biểu thị triển vọng của chức năng cơ thể.

+ *Hạn chế hoạt động (Activities Limitation)*: là những khó khăn về hoạt động của một cá nhân, có thể từ nhẹ tới nặng.

+ *Sự tham gia (Participation)*: là mối liên quan của con người trong cuộc sống, biểu thị chức năng xã hội.

+ *Hạn chế tham gia (Participation Restriction)*: là các vấn đề mà cá thể có thể trải qua, liên quan đến cuộc sống. Xác định hạn chế tham gia bằng so sánh sự tham gia của một cá thể, qua đó hi vọng không có giảm khả năng trong văn hóa hoặc xã hội.

+ *Giảm khả năng (Disability)*: là thuật ngữ chung về khiếm khuyết, hạn chế hoạt động và hạn chế sự tham gia. Chỉ rõ mặt hạn chế trong

sự tương tác giữa một cá thể và các tác nhân, hoàn cảnh của cá thể (môi trường và con người).

Theo cách phân loại này cũng có thể phân loại khuyết tật (giảm chức năng) thành 07 loại (hoặc nhóm) như sau:

- Khuyết tật (giảm chức năng) về vận động.
 - Khuyết tật (giảm chức năng) về nghe/nói hoặc nghe và nói kết hợp.
 - Khuyết tật (giảm chức năng) về nhìn.
 - Khuyết tật (giảm chức năng) về nhận thức, các dạng chậm phát triển trí tuệ.
 - Khuyết tật (rối loạn chức năng) về tâm thần, hành vi.
 - Khuyết tật (rối loạn chức năng) về cảm giác.
 - Khuyết tật (giảm chức năng) khác.
- + Đa khuyết tật: Một người có từ hai loại khuyết tật trở lên.

6. Các sự kiện quốc tế liên quan đến người khuyết tật

+ Năm 1948, Đại hội đồng Liên hiệp quốc đưa ra Tuyên ngôn thế giới về Quyền con người, trong đó có người khuyết tật.

+ Năm 1971, Đại hội đồng Liên hiệp quốc đưa ra Tuyên ngôn về 07 Quyền của người khuyết tật về tâm thần: người khuyết tật về tâm thần có các quyền ở mức tối đa có thể như những người bình thường khác.

Người khuyết tật về tâm thần có quyền được chăm sóc sức khỏe và vật lí trị liệu phù hợp, đồng thời có các quyền về giáo dục, đào tạo, phục hồi chức năng và hướng dẫn để họ có thể phát triển khả năng và tiềm năng của mình đến mức tối đa.

+ Năm 1975, Đại hội đồng Liên hiệp quốc thông qua tuyên bố về 13 quyền của những người tàn tật: các quyền được dành cho tất cả những người tàn tật mà không có một sự ngoại lệ nào và không có một sự phân loại hay phân biệt nào trên cơ sở chủng tộc, màu da, giới tính,

ngôn ngữ, tôn giáo, quan điểm chính trị hay những quan điểm khác, quốc tịch hay nguồn gốc xã hội, tình trạng của cải, xuất thân gia đình hay bất kì tình cảnh nào khác áp dụng với bản thân người tàn tật hay gia đình họ.

- Người khuyết tật có quyền được chữa bệnh, cấp chân tay giả và dụng cụ chỉnh hình, được phục hồi chức năng về y tế và xã hội, được hỗ trợ, hướng dẫn và làm những dịch vụ nhằm tạo điều kiện phát triển năng lực và kĩ năng đến mức tối đa, thúc đẩy quá trình hoà nhập và tái hoà nhập xã hội.

+ Năm 1978, Tuyên ngôn Alma Ata đưa ra chiến lược “Sức khỏe cho mọi người”, trong đó có người khuyết tật. Tuyên ngôn nhấn mạnh nhu cầu của các chính phủ trong việc xây dựng kế hoạch quốc gia toàn diện về chăm sóc sức khỏe. Sau tuyên ngôn này một loạt các sự kiện quan trọng liên quan đến người khuyết tật ra đời.

+ Năm 1981: Năm Quốc tế Người khuyết tật.

+ Năm 1983: Đại hội đồng Liên hiệp quốc thông qua công ước của Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO) về phục hồi chức năng nghề nghiệp và việc làm cho người tàn tật. Mọi quốc gia thành viên phải coi mục đích của việc phục hồi chức năng nghề nghiệp là làm cho người tàn tật có thể tìm và duy trì được việc làm thích hợp, có thể tiến bộ được về mặt nghề nghiệp và làm cho người đó hoà nhập hoặc tái hoà nhập xã hội hơn nữa.

Mọi quốc gia thành viên phải áp dụng những quy định của công ước này qua những biện pháp thích hợp với các điều kiện quốc gia và phù hợp với tập quán quốc gia.

+ Năm 1983-1992, Thập kỉ của Liên hiệp quốc về người khuyết tật.

+ Năm 1983, Liên hiệp quốc đưa ra nguyên tắc chuẩn về bình đẳng và cơ hội cho người khuyết tật.

+ Năm 1993, Đại hội đồng Liên hiệp quốc thông qua quy tắc tiêu chuẩn của Liên hiệp quốc về bình đẳng hoá các cơ hội cho người tàn tật.

Thuật ngữ “*bình đẳng hoá cơ hội*” là một quá trình mà qua đó các hệ thống xã hội khác nhau và môi trường xung quanh như các hoạt động dịch vụ, thông tin và tư liệu trở thành sẵn có cho tất cả mọi người, đặc biệt cho những người tàn tật.

Nguyên tắc bình đẳng hàm ý những nhu cầu của mỗi cá nhân và của mọi người đều quan trọng như nhau, các nhu cầu này phải làm cơ sở cho việc hoạch định những kế hoạch của xã hội, tất cả các nguồn lực phải được sử dụng như thế nào để đảm bảo cho mọi cá nhân đều có cơ hội bình đẳng tham gia.

+ Năm 1993 - 2002: Thập kỉ vì người Khuyết tật khu vực châu Á - Thái Bình Dương. Năm 1993 Uỷ ban Kinh tế - Xã hội châu Á - Thái Bình Dương (ESCAP) thông qua tuyên bố về sự tham gia đầy đủ và bình đẳng của người tàn tật ở khu vực châu Á - Thái Bình Dương và chương trình hành động của thập kỉ người tàn tật khu vực châu Á - Thái Bình Dương.

Văn kiện này đưa ra khuôn khổ cho việc hình thành chương trình hành động bao gồm các nhóm chính sách cơ bản về công tác điều phối quốc gia, pháp luật, thông tin, nhận thức xã hội, tiếp cận và thông tin, giáo dục, đào tạo và việc làm, phòng ngừa các nguyên nhân tàn tật, những dịch vụ phục hồi chức năng, dụng cụ trợ giúp, các tổ chức tự lực, hợp tác khu vực.

+ Năm 2000 - 2009: Thập kỉ về Người khuyết tật châu Phi.

+ Năm 2003 - 2012: Thập kỉ thứ 2 vì Người khuyết tật khu vực châu Á - Thái Bình Dương. Khuôn khổ hành động Thiên niên kỉ BIWAKO của khu vực châu Á - Thái Bình Dương, hướng tới một xã hội hòa nhập, không rào cản và phát triển dựa trên Quyền của người khuyết tật.

- BIWAKO đưa ra 07 lĩnh vực ưu tiên gồm: các tổ chức của người khuyết tật và các tổ chức có liên quan của cha mẹ và gia đình; phụ nữ khuyết tật; phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục hoà nhập; đào tạo và việc làm; môi trường tiếp cận; tiếp cận với thông tin liên lạc truyền thông; xoá đói giảm nghèo thông qua các chương trình an sinh xã hội và nghề nghiệp.

- UNESCAP đề ra 05 chiến lược để thực hiện các lĩnh vực ưu tiên gọi là BIWAKO + 5 bao gồm: xây dựng kế hoạch hành động quốc gia về khuyết tật; tham gia phát triển công ước quốc tế về khuyết tật; xây dựng và thu thập các chỉ số, thống kê về khuyết tật; phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng; hợp tác quốc tế và liên khu vực trong các hoạt động hỗ trợ người khuyết tật.

+ Năm 2003 - 2012: Thập kỉ Người khuyết tật của các nước Á Rập.

7. Các tổ chức của người khuyết tật (DPO)

+ Tổ chức đầu tiên của người khuyết tật là các nhóm của những người khiếm thị và khiếm thính. Năm 1950 - 1960 thành lập Liên đoàn Quốc tế của những người khiếm thị và khiếm thính.

+ 1973: Liên hiệp quốc tuyên bố về Quyền của những người chậm phát triển trí tuệ.

+ 1975: Liên hiệp quốc tuyên bố về Quyền của những người khuyết tật.

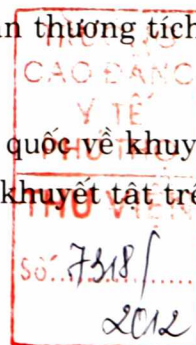
+ 1980: Thành lập Liên minh Thế giới của những người khuyết tật.

+ Ngày 03/12/1981: Thành lập Tổ chức Quốc tế của Người khuyết tật, khẩu hiệu hành động của tổ chức này "*Không có gì về chúng tôi mà không có chúng tôi*" (*Nothing about us without us*). Hiện nay, khoảng 100 quốc gia đã có tổ chức của người khuyết tật.

8. Tình hình khuyết tật ở Việt Nam

Việt Nam là một trong những quốc gia có tỉ lệ khuyết tật cao. Có nhiều yếu tố tác động tới tình hình khuyết tật ở nước ta, nhưng chủ yếu vẫn là ảnh hưởng bởi bệnh tật, chất độc da cam sau chiến tranh, vấn đề môi trường, an toàn thực phẩm, hậu quả của các vấn đề sức khỏe công cộng trong giai đoạn phát triển như tai nạn thương tích, các bệnh không truyền nhiễm, sức khỏe tâm thần .v.v..

Chưa có một điều tra nào trên quy mô toàn quốc về khuyết tật, nên chưa có một số liệu thống kê chính thức về tỉ lệ khuyết tật trên cả nước.



Tuy nhiên, qua một vài số liệu từ các nghiên cứu nhỏ lẻ của các tổ chức, các bộ, ngành liên quan thì tỉ lệ khuyết tật trong cộng đồng vào khoảng 4% - 7% dân số.

Theo thông báo của Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội, năm 2005 trên cả nước có khoảng 5,3 triệu người khuyết tật. Các dạng khuyết tật thường gặp ở Việt Nam theo tần suất từ cao xuống thấp là: khuyết tật về vận động, nghe, nói, nhìn, nhận thức, tâm thần - hành vi, mất cảm giác, và các dạng khuyết tật khác.

Năm 2006, theo kết quả điều tra mức sống hộ gia đình của Tổng cục Thống kê, tỉ lệ khuyết tật chung của Việt Nam (>5tuổi) là 15,3 % trong đó:

- Tỉ lệ khuyết tật theo vùng: Đồng bằng sông Hồng (15,6 %), Đông Bắc (15,9 %), Tây Bắc (10,7 %), Bắc Trung bộ (13,7 %), Duyên hải Nam Trung bộ (15 %), Tây Nguyên (14,5%), Đông Nam bộ (17,1 %), Đồng bằng sông Cửu Long (15,4 %).

- Tỉ lệ khuyết tật theo giới: nam (13,9) ,nữ (16,6 %).

- Tỉ lệ khuyết tật theo nhóm dân tộc: dân tộc Kinh (15,7 %); nhóm dân tộc khác (12,7%).

- Tỉ lệ khuyết tật theo khu vực dân cư: nông thôn (14,4 %); thành thị (17,8 %).

Chương 2

TỔNG QUAN VỀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Có nhiều văn bản quốc tế và trong nước nói về sự cần thiết của *phục hồi chức năng* đối với bệnh nhân và người khuyết tật.

1. Các văn bản Quốc tế

1.1 Quy tắc tiêu chuẩn về bình đẳng hoá các cơ hội cho người tàn tật của Đại hội đồng Liên hiệp quốc năm 1993

- Các quốc gia cần phát triển chương trình phục hồi chức năng quốc gia cho tất cả các nhóm người tàn tật. Các chương trình này cần dựa trên những nhu cầu cá nhân thực tế của người tàn tật, trên nguyên tắc tham gia đầy đủ và bình đẳng.

- Các chương trình phục hồi chức năng quốc gia cần gồm hàng loạt hoạt động như đào tạo những kỹ năng cơ bản để cải thiện hoặc bù đắp một chức năng bị ảnh hưởng, có tham vấn ý kiến của người tàn tật và gia đình họ, phát triển tính tự lực và các dịch vụ đặc biệt như đánh giá và hướng dẫn.

- Tất cả những người tàn tật, bao gồm cả người bị nặng hay đa tật là những người đòi hỏi phải được phục hồi chức năng và phải được đáp ứng. Những người tàn tật và gia đình họ cần được tham dự vào việc xây dựng và tổ chức thực hiện các dịch vụ phục hồi chức năng có liên quan đến chính họ. Tất cả các dịch vụ phục hồi chức năng phải có sẵn tại cộng đồng nơi người tàn tật sinh sống.

- Những người tàn tật và gia đình họ cần được khuyến khích tham gia vào việc phục hồi chức năng, ví dụ: làm công việc là giáo viên, người hướng dẫn, tham vấn đã được đào tạo. Các quốc gia cần thu hút chuyên môn của các tổ chức người tàn tật khi xây dựng và đánh giá chương trình phục hồi chức năng.

- Các quốc gia cần đảm bảo cung cấp các dụng cụ, trang thiết bị, các biện pháp trợ giúp cá nhân và những dịch vụ khác phù hợp với các nhu cầu của người tàn tật. Đây là những tiêu chuẩn quan trọng để người tàn tật đạt được sự bình đẳng hoá các cơ hội. Các quốc gia cần hỗ trợ việc phát triển, sản xuất, phân phối và sử dụng các dụng cụ, trang thiết bị trợ giúp và phổ biến những kiến thức về các dụng cụ, thiết bị này.

- Các quốc gia cần công nhận rằng tất cả người tàn tật nào cần có các dụng cụ trợ giúp đều được sử dụng chúng một cách thích hợp, bao gồm cả sự trợ giúp về tài chính. Trong các chương trình phục hồi chức năng, các quốc gia cần xem xét những yêu cầu đặc biệt của những người tàn tật trẻ tuổi về thiết kế, độ bền, sự thích hợp cho từng lứa tuổi của các dụng cụ, trang thiết bị trợ giúp để cung cấp cho họ.

1.2 Nghị quyết của Liên hiệp quốc về Công ước Quốc tế về Quyền của người khuyết tật 2006

- Các quốc gia thành viên của Công ước này cam kết thực hiện các biện pháp phù hợp và hiệu quả, kể cả hỗ trợ đồng đẳng, để hỗ trợ người khuyết tật có thể đạt được và duy trì tối đa khả năng độc lập, khả năng học nghề, khả năng xã hội, trí lực, thể lực và sự tham gia và hòa nhập đầy đủ trong mọi lĩnh vực của cuộc sống.

Để đạt được mục tiêu này, các quốc gia thành viên của Công ước này cam kết tổ chức, củng cố và mở rộng các dịch vụ và chương trình phục hồi chức năng, đặc biệt trong các lĩnh vực y tế, việc làm, giáo dục, và dịch vụ xã hội.

Các dịch vụ và chương trình này thực hiện theo cách bắt đầu từ giai đoạn sớm nhất và dựa trên đánh giá chặt chẽ nhiều mặt về nhu cầu và thể lực cá nhân, hỗ trợ sự tham gia và hoà nhập cộng đồng về mọi mặt của xã hội. Sự hỗ trợ này phải tự nguyện và sẵn có cho người khuyết tật. Sự hỗ trợ này càng gần cộng đồng càng tốt, kể cả vùng nông thôn.

- Các quốc gia thành viên của công ước này cam kết thúc đẩy việc xây dựng các chương trình đào tạo ban đầu và đào tạo thường

xuyên cho các chuyên viên và cán bộ làm việc trong lĩnh vực phục hồi chức năng.

- Các quốc gia thành viên của công ước này cam kết thúc đẩy khả năng sẵn có về kiến thức, việc sử dụng công nghệ và thiết bị hỗ trợ được thiết kế cho người khuyết tật, và vì các công nghệ cũng như thiết bị hỗ trợ này có liên quan đến phục hồi chức năng.

2. Các văn bản trong nước

2.1. Pháp lệnh người tàn tật năm 1998

Điều 03: Người tàn tật được nhà nước và xã hội trợ giúp chăm sóc sức khỏe, phục hồi chức năng, tạo việc làm phù hợp và được hưởng các quyền khác theo quy định của pháp luật.

Điều 05: Hàng năm, nhà nước dành một khoản ngân sách và vận động xã hội để trợ giúp người tàn tật trong việc khám chữa bệnh, phục hồi chức năng, học văn hoá, học nghề, tạo việc làm, tự ổn định đời sống.

2.2. Nghị định số 55/1999 của Chính phủ

Nghị định quy định chi tiết thi hành một số điều của Pháp lệnh về Người tàn tật:

- Người tàn tật được cơ quan y tế hướng dẫn về chăm sóc sức khỏe, phục hồi chức năng, sử dụng các dụng cụ chỉnh hình. Người tàn tật được các cơ sở chỉnh hình phục hồi chức năng của Nhà nước chỉ định cần có chân tay giả, dụng cụ chỉnh hình thì được mua theo giá quy định của nhà nước hoặc được xét cấp không phải trả tiền do Ủy ban Nhân dân xã, phường đề nghị với cơ quan y tế có thẩm quyền xem xét, quyết định.

- Bộ Y tế có trách nhiệm quản lý nhà nước về chỉnh hình, phục hồi chức năng; phối hợp với Bộ Lao động -Thương binh và Xã hội quy định việc phân loại, phân hạng tàn tật; xây dựng và thực hiện chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu để phòng ngừa tàn tật,

chương trình phục hồi chức năng cho người tàn tật dựa vào cộng đồng phù hợp với khả năng, trình độ phát triển kinh tế và khoa học, kỹ thuật của đất nước.

- Người tàn tật được phục hồi chức năng và cung cấp các dịch vụ chỉnh hình cần thiết do cơ quan chuyên môn thực hiện kết hợp với sự tham gia của cộng đồng. Người tàn tật nghèo được cấp phát không phải trả tiền hoặc được hỗ trợ một phần kinh phí hoặc được hướng dẫn làm các dụng cụ trợ giúp về phục hồi chức năng thông thường. Người tàn tật, gia đình người tàn tật được cơ quan y tế hướng dẫn về chăm sóc sức khỏe, phục hồi chức năng, sử dụng các dụng cụ chỉnh hình.

2.3. Quyết định số 963 của Bộ trưởng Bộ Y tế

Quyết định số 963/QĐ-BYT ngày 02/04/1999 của Bộ Y tế đã quy định chức năng, nhiệm vụ, tổ chức bộ máy của bệnh viện chuyên khoa Điều dưỡng - Phục hồi chức năng. Hệ thống các bệnh viện chuyên khoa này dần dần được hình thành và hoàn chỉnh từ Trung ương đến các tỉnh/thành phố.

2.4. Nghị quyết 46 của Bộ Chính trị

Nghị quyết 46 năm 2005 của Bộ Chính trị chỉ rõ: Thực hiện chăm sóc sức khỏe toàn dân, gắn phòng bệnh với chữa bệnh, phục hồi chức năng và tập luyện thể dục thể thao nâng cao sức khỏe... từng bước phát triển mạng lưới các khoa và bệnh viện Điều dưỡng - Phục hồi chức năng.

2.5. Quyết định số 239 của Thủ tướng Chính phủ

Quyết định số 239 ngày 24/10/2006 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án Trợ giúp người khuyết tật giai đoạn 2006 - 2010 với mục tiêu chung là cải thiện chất lượng cuộc sống của người khuyết tật, từng bước tạo điều kiện cho người khuyết tật tham gia bình đẳng vào các hoạt động của xã hội, xây dựng môi trường xã hội ngày càng chăm lo tốt hơn quyền lợi của người khuyết tật:

- Ít nhất 80% số tỉnh/thành phố có tổ chức “tự lực” của người khuyết tật; khoảng 70% phụ nữ khuyết tật được trợ giúp; khoảng 70% số người tàn tật được tiếp cận các dịch vụ y tế, khoảng 3.000 người được chỉnh hình và phục hồi chức năng. Khoảng 70% số trẻ em tàn tật được tham gia học tập dưới mọi hình thức, 100% trẻ em tàn tật đi học được miễn, giảm học phí theo quy định của nhà nước.

- Bộ Y tế có nhiệm vụ xây dựng và triển khai kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho người tàn tật, trong đó chú trọng xây dựng các chương trình phát hiện sớm, can thiệp sớm và phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Hướng dẫn thực hiện các chính sách miễn, giảm viện phí đối với người tàn tật thuộc diện nghèo.

- Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Giáo dục và Đào tạo nghiên cứu đưa chương trình đào tạo cán bộ chuyên ngành Phục hồi chức năng vào chương trình giảng dạy trong các trường đại học, cao đẳng, trung cấp chuyên nghiệp và cơ sở dạy nghề.

2.6. Chỉ thị số 03 của Bộ trưởng Bộ Y tế

Chỉ thị số 03/2007/CT - BYT ngày 28/06/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế về tăng cường công tác phục hồi chức năng, đẩy mạnh các chính sách trợ giúp người khuyết tật:

- Tăng cường truyền thông cho nhân dân hiểu rõ tầm quan trọng của công tác phục hồi chức năng trong chăm sóc sức khỏe, tham mưu cho chính quyền các cấp để hiểu và có những đầu tư đúng mức.

- Phát triển mạng lưới phục hồi chức năng thống nhất trong toàn quốc theo các tuyến: có cán bộ phụ trách phục hồi chức năng ở trạm tế xã; có cán bộ chuyên trách phục hồi chức năng ở huyện, khuyến khích thành lập khoa Vật lý trị liệu phục hồi chức năng ở bệnh viện đa khoa huyện.

- Năm 2008, tất cả các bệnh viện đa khoa tỉnh/thành phố phải có khoa Phục hồi chức năng, khuyến khích các bệnh viện chuyên khoa thành lập khoa Phục hồi chức năng.

- Khuyến khích các tỉnh/thành phố trực thuộc Trung ương thành lập bệnh viện Điều dưỡng - Phục hồi chức năng; duy trì và đẩy mạnh công tác phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

- Trung tâm Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai chịu trách nhiệm tham mưu cho Bộ Y tế trong chỉ đạo chuyên môn, phát triển chuyên ngành phục hồi chức năng ở Việt Nam và lập đề án thành lập Viện Phục hồi chức năng Quốc gia.

2.7. Quyết định số 30 của Thủ tướng Chính phủ

Quyết định số 30/2008/QĐ - TTg ngày 22/02/2008 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt quy hoạch mạng lưới khám, chữa bệnh đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020. Trong đó có nội dung: từng bước chuyển cơ sở Điều dưỡng - Phục hồi chức năng thành Bệnh viện Chuyên khoa Phục hồi chức năng.

3. Định nghĩa phục hồi chức năng

WHO định nghĩa: *Phục hồi chức năng là tổng hợp các biện pháp y học, kinh tế xã hội, giáo dục hướng nghiệp và kỹ thuật phục hồi để làm giảm tác động của giảm khả năng và tàn tật, giúp người khuyết tật có cơ hội bình đẳng để hội nhập hoặc tái hội nhập xã hội.*

4. Các khái niệm về phục hồi chức năng

- Phục hồi chức năng là huấn luyện người khuyết tật thích nghi với môi trường sống, tác động vào môi trường và xã hội. Phục hồi chức năng là để trả lại các chức năng đã bị giảm hoặc mất hoặc giúp họ xử trí tốt hơn với tình trạng khuyết tật của mình.

- Thuật ngữ “phục hồi chức năng” chỉ một quá trình nhằm giúp cho người tàn tật đạt được và duy trì tối đa các cấp độ chức năng về thể chất, giác quan, trí tuệ, tâm thần và xã hội, qua đó cung cấp cho họ những công cụ để thay đổi cuộc sống, hướng tới sự độc lập ở mức cao hơn.

- Phục hồi chức năng có thể bao gồm các biện pháp cung ứng hay phục hồi các chức năng, bù đắp sự mất mát hay thiếu hụt một chức năng hoặc một hạn chế về chức năng. Quá trình phục hồi chức năng không chỉ bao gồm việc chăm sóc y tế ban đầu, nó gồm hàng loạt các biện pháp và hoạt động từ phục hồi chức năng chung và căn bản tới những hoạt động có định hướng mục tiêu, ví dụ như phục hồi chức năng nghề nghiệp (Quy tắc tiêu chuẩn của Liên hiệp quốc về Bình đẳng hoá các cơ hội cho người tàn tật của Đại hội đồng Liên hiệp quốc năm 1993).

5. Mục đích của phục hồi chức năng

- Tăng cường khả năng còn lại của cá nhân.
- Tác động để làm thay đổi thái độ của xã hội.
- Cải thiện các điều kiện nhà ở, môi trường.
- Lôi kéo người khuyết tật, gia đình và cộng đồng tham gia.
- Góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống của người khuyết tật.

6. Vị trí của phục hồi chức năng trong hệ thống y tế

Phục hồi chức năng là một trong bốn lĩnh vực hoạt động không thể thiếu trong chăm sóc sức khỏe toàn diện của ngành Y tế, đó là: Phòng bệnh - Chữa bệnh - Phục hồi chức năng - Nâng cao sức khỏe. Phục hồi chức năng là hoạt động chuyên môn của “Nhóm phục hồi” gồm các chuyên khoa khác nhau, độc lập, hỗ trợ, hợp tác và không thể tách rời.

7. Kỹ thuật phục hồi chức năng

Phục hồi chức năng là hoạt động chuyên khoa của *Nhóm phục hồi* hay còn gọi là nhóm kỹ thuật phục hồi bao gồm:

- Bác sĩ chuyên khoa Phục hồi chức năng.
- Điều dưỡng phục hồi chức năng.
- Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu (PT).

Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

- Kỹ thuật viên Hoạt động trị liệu (OT).
- Kỹ thuật viên Ngôn ngữ trị liệu.
- Chuyên gia Tâm lý tư vấn.
- Cán bộ xã hội.
- Chuyên gia chỉnh hình: bác sĩ, kỹ thuật viên.
- Chuyên gia Y học thể thao, xe lăn.
- Người khuyết tật và gia đình.

Các thành viên của nhóm phục hồi thuộc các chuyên ngành khác nhau, hoạt động độc lập, hỗ trợ, hợp tác không thể tách rời. Nhiệm vụ của các thành viên trong nhóm như sau:

- Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng: chịu trách nhiệm chung về hoạt động chuyên môn của nhóm.

- Điều dưỡng viên: chịu trách nhiệm về chăm sóc điều dưỡng phục hồi chức năng.

- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu: chịu trách nhiệm về luyện tập vận động chung và đi lại của bệnh nhân.

- Kỹ thuật viên hoạt động trị liệu: chịu trách nhiệm huấn luyện cho bệnh nhân phục hồi các hoạt động tự chăm sóc bản thân trong đời sống và sinh hoạt hàng ngày như ăn uống, tắm rửa, vệ sinh cá nhân; đồng thời giúp bệnh nhân tái thích nghi với môi trường sống ở gia đình và cộng đồng sau khi bị bệnh.

- Kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu: giúp bệnh nhân có rối loạn về ngôn ngữ cách giao tiếp, phục hồi chức năng về nhận thức, phục hồi chức năng nuốt.

- Chuyên gia tâm lý tư vấn: giúp bệnh nhân thích nghi về mặt tinh thần sau khi bị bệnh và các di chứng còn lại.

- Cán bộ xã hội: giúp bệnh nhân về nhà ở, công ăn việc làm và hội nhập, hoặc tái hội nhập cộng đồng sau khi bị bệnh.

- Kỹ thuật viên chỉnh hình: giúp bệnh nhân sửa chữa, sử dụng và có thể làm một số dụng cụ trợ giúp trong tập luyện và sử dụng trong cuộc sống và sinh hoạt hàng ngày, đặc biệt là ở gia đình và cộng đồng.

- Ngoài ra còn có sự tham gia của chuyên gia chấn thương chỉnh hình, y học thể thao, chuyên gia về xe lăn...

• Bản thân bệnh nhân và gia đình bệnh nhân được coi như một thành viên không thể thiếu được của nhóm phục hồi.

Ngày nay, ở các nước tiên tiến, người ta đang chuyên khoa hoá cả các thành viên trong nhóm phục hồi. Ví dụ nhóm phục hồi chức năng chuyên cho bệnh nhân tai biến mạch máu não, chuyên cho bại não, chuyên cho tổn thương tủy.v.. với các kỹ thuật viên chuyên biệt.

8. Các hình thức phục hồi chức năng

8.1. Phục hồi chức năng dựa vào các trung tâm, các viện

Người tàn tật phải xa gia đình, xa cộng đồng, đến các viện, trung tâm để được phục hồi chức năng.

+ *Ưu điểm:*

- Có chuyên gia giỏi trong các lĩnh vực khác nhau.
- Trang thiết bị, phương tiện hiện đại.
- Phục hồi được các trường hợp khó.
- Cần thiết cho việc đào tạo cán bộ, nghiên cứu khoa học, chỉ đạo tuyến.

+ *Nhược điểm:*

- Không phù hợp với thực tế ở cộng đồng.
- Chi phí tốn kém gây nhiều phiền hà cho người tàn tật.
- Chỉ giải quyết được từ 1 đến 10% số người tàn tật.
- Chất lượng phục hồi không đáp ứng tất cả các nhu cầu.

8.2. Phục hồi chức năng ngoại viện

Chuyên gia phục hồi chức năng ở các viện, trung tâm đến phục hồi chức năng cho người tàn tật tại cộng đồng trong một khoảng thời gian nào đó.

Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

+ Ưu điểm:

- Số người tàn tật được phục hồi nhiều hơn: 30% đến 40%.
- Kỹ thuật phục hồi tốt hơn, đáp ứng hầu hết nhu cầu của người tàn tật.
- Có sự tham gia tích cực của người tàn tật và gia đình.

+ Nhược điểm:

- Không thực hiện được thường xuyên vì thiếu cán bộ chuyên khoa.
- Chi phí tốn kém trong triển khai và duy trì chương trình.
- Thiếu sự tham gia của cộng đồng.

8.3. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (PHCNDVCD)

- Chuyển giao kiến thức, kỹ năng, thái độ đến với người khuyết tật, gia đình họ và cộng đồng, biến công tác phục hồi chức năng thành công việc của cộng đồng, thông qua các tổ chức ở cộng đồng để xã hội hoá công tác phòng ngừa tàn tật và phục hồi chức năng.

- Biện pháp chiến lược nằm trong sự phát triển của cộng đồng về phục hồi chức năng, được triển khai với sự phối hợp của chính bản thân người tàn tật, gia đình họ và cộng đồng. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng làm thay đổi nhận thức xã hội để xã hội chấp nhận người tàn tật như một thành viên bình đẳng.

- Trách nhiệm của cộng đồng là biến công tác phục hồi chức năng thành một nhiệm vụ, một bộ phận của quá trình phát triển xã hội; lôi kéo sự hợp tác đa ngành, sự giúp đỡ của tuyến trên, sử dụng các kỹ thuật thích hợp có thể áp dụng tại cộng đồng mà người khuyết tật đang sinh sống.

+ Ưu điểm:

- Tỷ lệ người khuyết tật được phục hồi cao (70 đến 80%), chất lượng phục hồi được đảm bảo, người khuyết tật dễ có cơ hội hoà nhập hoặc tái hoà nhập cộng đồng; lôi kéo được sự tham gia tích cực của người khuyết tật, gia đình họ và cộng đồng; chi phí cho chương trình ở mức có thể chấp nhận được.

- Chương trình được lồng ghép và gắn kết chặt chẽ vào hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu tại các tuyến và ở cộng đồng; có thể giải quyết được tình trạng thiếu cán bộ chuyên khoa phục hồi chức năng ở tuyến dưới.

- Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đã góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống của người khuyết tật, làm thay đổi nhận thức của cộng đồng, lôi cuốn sự tham gia tích cực của bản thân người khuyết tật, gia đình họ và cả cộng đồng vào hoạt động phòng ngừa khuyết tật và phục hồi chức năng.

- Hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng được lồng ghép vào hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu của ngành y tế nên mang tính bền vững. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là bước đi chính và là biện pháp chiến lược để giải quyết vấn đề khuyết tật ở Việt Nam.

9. Thực trạng phục hồi chức năng ở Việt Nam hiện nay

9.1. Công tác tổ chức chuyên ngành

- Bộ Y tế: Phòng Phục hồi chức năng trực thuộc Cục Quản lý khám chữa bệnh.

- Hội Phục hồi chức năng Việt Nam (VINAREHA): khoảng 1.000 hội viên trong cả nước.

9.1.1. Tuyến Trung ương

- Trung tâm Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai: trung tâm phục hồi chức năng đầu tiên của Bộ Y tế.

- Bệnh viện Điều dưỡng - Phục hồi chức năng Trung ương: bệnh viện hạng I đầu tiên của Bộ Y tế về Điều dưỡng - Phục hồi chức năng, hiện ở Sầm Sơn, Thanh Hóa.

- 100% các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa tuyến Trung ương có khoa Phục hồi chức năng.

9.1.2. Tuyển tỉnh

- 37/64 tỉnh/thành phố có bệnh viện Điều dưỡng - Phục hồi chức năng thuộc tỉnh/thành phố.

- Cuối 2008, tất các bệnh viện đa khoa các tỉnh phải có khoa Phục hồi chức năng.

9.1.3. Tuyển huyện

- 240 huyện/quận đã triển khai Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng có khoa Phục hồi chức năng ghép với Y học cổ truyền.

9.1.4. Tuyển xã

- 2.500 xã/phường đã triển khai phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng có hoạt động phục hồi chức năng tại trạm y tế, có phân công cán bộ bán chuyên theo dõi về phục hồi chức năng.

9.1.5. Các Bộ/Ngành

- Có 22 cơ sở Điều dưỡng - Phục hồi chức năng (bệnh viện, trung tâm) thuộc các bộ/ngành.

9.2. Đào tạo nguồn nhân lực

9.2.1. Đào tạo đại học và sau đại học

- Tất cả các trường Đại học Y đã có bộ môn Phục hồi chức năng để giảng dạy cho sinh viên và đào tạo bác sĩ chuyên ngành Phục hồi chức năng. Hiện tại chỉ có bộ môn Phục hồi chức năng, Đại học Y Hà Nội đào tạo sau đại học: bác sĩ chuyên khoa định hướng; bác sĩ chuyên khoa cấp 1, cấp 2: thạc sĩ; tiến sĩ về Phục hồi chức năng.

9.2.2. Đào tạo cử nhân và kỹ thuật viên vật lý trị liệu

- Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương; Trường Cao đẳng Kỹ thuật y tế Trung ương II Đà Nẵng; Ngành Vật lý trị liệu - Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

9.2.3. Đào tạo kỹ thuật viên chỉnh hình

- Trường Đại học Lao động Xã hội thuộc Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội.

9.2.4. Đào tạo các kỹ thuật viên khác

- Hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, cán bộ xã hội, tâm lý tư vấn chưa có trường đào tạo.

9.2.5. Đào tạo lồng ghép

- Trường cao đẳng hoặc trung học kỹ thuật y tế các tỉnh lồng ghép phục hồi chức năng vào chương trình đào tạo điều dưỡng, nữ hộ sinh trung cấp.

9.3. Nguồn nhân lực chuyên khoa hiện nay

- Trung tâm Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai có đủ các thành viên chuyên ngành của nhóm Phục hồi: bác sĩ chuyên khoa cấp 1, 2; thạc sĩ; tiến sĩ; kỹ thuật viên Vật lý trị liệu; hoạt động trị liệu; ngôn ngữ trị liệu; chỉnh hình; tâm lý tư vấn.

- Khoa PHCN các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa tuyến Trung ương có bác sĩ chuyên khoa định hướng, cấp 1, 2, thạc sĩ, tiến sĩ, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, một số khoa có kỹ thuật viên chỉnh hình, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu.

- Các bệnh viện Điều dưỡng - Phục hồi chức năng các tỉnh hầu hết là bác sĩ chuyên khoa định hướng và chuyên khoa cấp 1, một số bệnh viện có bác sĩ chuyên khoa cấp 2, thạc sĩ, kỹ thuật viên vật lý trị liệu được đào tạo chính quy và chuyển đổi, rất ít các bệnh viện có các kỹ thuật viên khác.

- Khoa Phục hồi chức năng các bệnh viện đa khoa tỉnh/thành phố chủ yếu là bác sĩ chuyên khoa định hướng, chuyên khoa cấp 1, kỹ thuật viên vật lý trị liệu chính quy và chuyển đổi, hầu như không có các kỹ thuật viên khác của nhóm phục hồi.

9.4. Hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đã được triển khai ở Việt Nam năm 1987, bắt đầu từ 05 xã của huyện Cai

Lây, tỉnh Tiền Giang. Đến năm 2004, chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đã được triển khai ở 46/62 tỉnh/thành (74%); 215/900 (24%) số huyện/thị và 2.412/10.225 (24%) số xã/phường trong cả nước.

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng đã góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống của người khuyết tật, làm thay đổi nhận thức của cộng đồng, lôi cuốn sự tham gia tích cực của bản thân người khuyết tật, gia đình họ và cả cộng đồng vào hoạt động phòng ngừa khuyết tật và phục hồi chức năng.

Hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng được lồng ghép vào hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu của ngành Y tế nên mang tính bền vững. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là bước đi chính và là biện pháp chiến lược để giải quyết vấn đề khuyết tật ở Việt Nam.

10. Những thuận lợi và khó khăn trong hoạt động Phục hồi chức năng hiện nay

10.1. Thuận lợi

- Được sự quan tâm của Đảng, Nhà nước, các bộ ngành, Ủy ban Nhân dân các tỉnh/thành phố. Bộ Y tế đã có nhiều văn bản cụ thể chỉ đạo thực hiện hoạt động Phục hồi chức năng và Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng trong cả nước.

- Đã hình thành mạng lưới bệnh viện chuyên khoa khoa Phục hồi chức năng trong cả nước, bước đầu đã làm tốt công tác phục hồi chức năng cho bệnh nhân và người khuyết tật ở tất cả các tuyến.

- Đã có đội ngũ thầy thuốc chuyên khoa phục hồi chức năng bậc đại học và sau đại học, đội ngũ kỹ thuật chuyên ngành có trình độ chuyên môn sâu, yêu nghề và có tâm huyết với nghề.

- Hoạt động phục hồi chức năng đã có sự phối hợp liên ngành như Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội,

sự quan tâm của Ủy ban Nhân dân và sở y tế các tỉnh/thành phố, sự ủng hộ và tham gia nhiệt tình của cộng đồng, gia đình và bản thân người khuyết tật.

- Phục hồi chức năng có sự hợp tác và giúp đỡ cả về đào tạo nguồn nhân lực và trang thiết bị chuyên ngành của các tổ chức thuộc chính phủ và phi chính phủ quốc tế như WHO; Tổ chức Quốc tế phục hồi chức năng cho người tàn tật (HI) của Bỉ; Ủy ban Y tế Hà lan - Việt Nam (MCNV); Quỹ cứu trợ người bệnh phong Hà Lan (NLR).

10.2. Những khó khăn và tồn tại

- Công tác tuyên truyền nâng cao nhận thức của cộng đồng về phục hồi chức năng còn nhiều bất cập chưa đáp ứng nhu cầu thực tế hiện nay.

- Mạng lưới phục hồi chức năng chưa mạnh và bền vững, một số tỉnh không có hoạt động phục hồi chức năng (không có bệnh viện Điều dưỡng Phục hồi chức năng, cũng không có khoa Phục hồi chức năng của bệnh viện đa khoa tỉnh).

- Đội ngũ cán bộ chuyên ngành còn thiếu về số lượng và chưa mạnh về chất lượng. Các cán bộ có kinh nghiệm tập trung chủ yếu ở tuyến Trung ương và các thành phố lớn, các bệnh viện tuyến Trung ương. Nguồn nhân lực về phục hồi chức năng còn rất thiếu ở bệnh viện tuyến dưới đặc biệt ở các tỉnh miền núi, biên giới, hải đảo..

- Phục hồi chức năng chưa được đầu tư thích đáng ở tất cả các tuyến nên cơ sở vật chất còn thiếu và lạc hậu. Kinh phí cho hoạt động phục hồi chức năng đặc biệt là phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng còn thiếu, chưa đáp ứng được nhu cầu của cộng đồng về chăm sóc sức khỏe và phục hồi chức năng tại các địa phương.

- Chưa có kinh nghiệm xây dựng bệnh viện chuyên khoa Phục hồi chức năng nên chưa có mô hình chuẩn của các bệnh viện này ở các tuyến, kể cả ở tuyến Trung ương, tỉnh và thành phố.

11. Định hướng phát triển Phục hồi chức năng

11.1. Mục tiêu chung

Cải thiện chất lượng cuộc sống của người khuyết tật, từng bước tạo điều kiện cho người khuyết tật tham gia bình đẳng vào các hoạt động của xã hội, xây dựng môi trường xã hội ngày càng chăm lo tốt hơn quyền lợi của người khuyết tật.

11.2. Mục tiêu cụ thể

- củng cố và hoàn thiện mạng lưới chuyên khoa Phục hồi chức năng trong toàn quốc, từng bước tiêu chuẩn hoá nguồn nhân lực, hiện đại hoá trang thiết bị để đáp ứng sự phát triển và nhu cầu về chăm sóc sức khoẻ và phục hồi chức năng ngày càng cao và đa dạng của bệnh nhân và người khuyết tật.

- Đẩy mạnh hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, đây là hướng đi chính, là biện pháp chiến lược để giải quyết vấn đề khuyết tật ở Việt Nam, tiến tới triển khai phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng ở tất cả các xã/phường, huyện/thị, tỉnh/thành phố trong cả nước.

11.3. Các giải pháp thực hiện

- Tăng cường truyền thông, giáo dục sức khoẻ cho nhân dân để mọi người hiểu rõ vai trò và tầm quan trọng của Phục hồi chức năng trong công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân, đặc biệt là phòng ngừa, phát hiện sớm, can thiệp sớm khuyết tật.

- Tăng cường quản lí nhà nước của Bộ Y tế về Phục hồi chức năng, từng bước hoàn thiện các văn bản pháp quy về Phục hồi chức năng và Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Bổ sung, sửa đổi hoàn thiện quy chế của Bệnh viện chuyên khoa Điều dưỡng - Phục hồi chức năng.

- Tiếp tục củng cố và kiện toàn mạng lưới bệnh viện chuyên khoa Điều dưỡng - Phục hồi chức năng trong toàn quốc, tiến tới tất cả các

tỉnh/thành phố trong cả nước có bệnh viện chuyên khoa Phục hồi chức năng, tất cả các bệnh viện đa khoa thuộc tỉnh/thành phố có khoa Phục hồi chức năng.

- Tăng cường công tác đào tạo nguồn nhân lực về phục hồi chức năng bao gồm bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng bậc đại học và sau đại học, kĩ thuật viên vật lí trị liệu và các kĩ thuật viên chuyên khoa khác thuộc chuyên ngành phục hồi chức năng như hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lí tư vấn...

- Từng bước hiện đại hoá các bệnh viện chuyên khoa phục hồi chức năng, ứng dụng và phát triển các kĩ thuật cao về phục hồi chức năng, mở rộng các chuyên khoa sâu theo hướng phục hồi chức năng chuyên biệt cho từng loại bệnh và khuyết tật với đội ngũ cán bộ chuyên môn đã được chuyên khoa hóa.

- Tăng cường hợp tác với các chuyên ngành khác trong hoạt động phòng ngừa khuyết tật và phục hồi chức năng tại các bệnh viện chuyên khoa, bệnh viện đa khoa, bệnh viện y học cổ truyền để đáp ứng nhu cầu ngày càng cao và đa dạng của bệnh nhân và người khuyết tật.

- Đổi mới cơ chế quản lí và hoạt động của bệnh viện chuyên ngành để vừa đảm bảo phục vụ tốt nhu cầu khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng cho bệnh nhân và người khuyết tật vừa có nguồn thu nhập chính đáng góp phần cải thiện đời sống cán bộ nhân viên bệnh viện.

- Thực hiện nghiêm chỉnh đề án 1816 của Bộ Y tế, củng cố và tăng cường công tác chỉ đạo tuyến, đào tạo cán bộ, chuyển giao kiến thức và kĩ thuật cho tuyến trước, tạo điều kiện để mọi người dân đều được tiếp cận và hưởng dịch vụ y tế có chất lượng cao, thực hiện công bằng trong khám chữa bệnh và phục hồi chức năng.

- Đẩy mạnh hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, tăng cường công tác tuyên truyền nâng cao nhận thức của cộng đồng về phòng ngừa khuyết tật, phát hiện sớm và phục hồi chức năng để mọi người biết cách chủ động phòng ngừa và mọi người khuyết tật

Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

đều được hưởng đầy đủ các dịch vụ y tế và phục hồi chức năng của cộng đồng.

- Tăng cường hợp tác quốc tế về phục hồi chức năng, tranh thủ sự giúp đỡ của các nước, các tổ chức quốc tế để học hỏi kinh nghiệm, nâng cao trình độ chuyên môn kỹ thuật, từng bước hội nhập với các nước trong khu vực và quốc tế trong lĩnh vực phòng ngừa tàn tật và phục hồi chức năng.

- Thực hiện tốt việc theo dõi, kiểm tra, giám sát, đánh giá về công tác phục hồi chức năng, đặc biệt là phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng ở tất cả các tuyến trong cả nước.

- Quan tâm đến các hoạt động thi đua khen thưởng, động viên khích lệ kịp thời các cá nhân và tập thể có thành tích tốt trong các hoạt động phòng ngừa tàn tật và phục hồi chức năng.

PHẦN II
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG
CHO BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI
DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

Chương 3

TỔNG QUAN VỀ TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

Tổ chức Y tế Thế giới năm 1990 định nghĩa: “*Tai biến mạch máu não là dấu hiệu phát triển nhanh trên lâm sàng của một rối loạn khu trú chức năng của não kéo dài trên 24 giờ và thường do nguyên nhân mạch máu*”.

Những dấu hiệu lâm sàng xảy ra đột ngột do tổn thương khu trú hoặc toàn bộ chức năng não. Khiếm khuyết gây ra do tổn thương nơ ron thần kinh vận động trên, bao gồm tổn thương bó tháp và/hoặc ngoại tháp, biểu hiện các triệu chứng dương tính là co cứng và các tư thế bất thường, các triệu chứng âm tính là giảm hoặc mất cơ lực và độ khéo léo của vận động.

Tai biến mạch máu não có thể xảy ra đối với tất cả mọi người không phân biệt nghề nghiệp, giới tính, địa phương, hoàn cảnh kinh tế, xã hội. Tai biến mạch máu não đã và đang là vấn đề thời sự cấp thiết của y học nói chung và phục hồi chức năng nói riêng đối với mọi quốc gia, dân tộc trên thế giới.

Tai biến mạch máu não có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng thường xảy ra với những người đang ở trong độ tuổi lao động và những người cao tuổi đã có nhiều cống hiến cho sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc, họ đáng được hưởng sự chăm sóc toàn diện cả về y tế và xã hội.

Tai biến mạch máu não gồm chảy máu não và thiếu máu não cục bộ. Tai biến mạch máu não là loại bệnh lí thường gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau, có thể gây tử vong nhanh, tỉ lệ tử vong cao đứng hàng đầu trong các bệnh thần kinh và là nguyên nhân gây tử vong thứ ba sau ung thư và các bệnh tim mạch. Tai biến mạch

Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

máu não đồng thời cũng là loại bệnh để lại nhiều di chứng nặng nề, có thể làm giảm hoặc mất khả năng vận động và dẫn đến tàn tật nhiều nhất.

Nhiều công trình điều tra và nghiên cứu khoa học cho kết quả: 50% bệnh nhân tai biến mạch máu não sống sót để lại di chứng, trong đó: 92,96% di chứng về vận động; 68,42% di chứng vừa và nhẹ; 27,69% di chứng nặng; 50% bệnh nhân phụ thuộc về các hoạt động tự chăm sóc; 71% giảm khả năng lao động; 66% mất khả năng lao động; 62% giảm các hoạt động xã hội; 92% người bệnh liệt nửa người đang sống tại gia đình và cộng đồng vẫn có nhu cầu tập luyện phục hồi chức năng.

Các di chứng do tai biến mạch máu não, đặc biệt di chứng về vận động là gánh nặng không chỉ đối với bản thân người bệnh và gia đình họ mà còn ảnh hưởng đến cả cộng đồng và quốc gia mà họ đang sống. Tai biến mạch máu não là vấn đề thời sự cấp thiết của y học và cũng là vấn đề thực hành liên quan đến nhiều chuyên khoa khác nhau như: Thần kinh, Tim mạch, Hồi sức Cấp cứu, X quang, Phục hồi chức năng và Y tế Công cộng.

Theo phân loại về tàn tật của Tổ chức Y tế Thế giới thì người bệnh liệt nửa người do tai biến mạch máu não thuộc loại đa tàn tật, vì ngoài khó khăn về vận động là chủ yếu, nhiều người trong số các bệnh nhân còn có những rối loạn chức năng khác như: khó khăn về nhìn, khó khăn về nghe nói, khó khăn về nhận thức, rối loạn cảm xúc...

Ngày nay, với sự tiến bộ của y học cùng các phương tiện chẩn đoán và trang thiết bị điều trị hiện đại, số người bệnh bị tai biến mạch máu não được cứu sống ngày càng nhiều, nhưng như thế cũng có nghĩa là số người bị di chứng và tàn tật do tai biến mạch máu não cũng sẽ tăng lên, nhu cầu về phục hồi chức năng cho người bệnh liệt nửa người do tai biến mạch máu não cũng sẽ nhiều hơn và đa dạng hơn.

Phòng bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng và nâng cao sức khỏe là bốn lĩnh vực quan trọng không thể thiếu trong chăm sóc sức khỏe

toàn diện. Phát hiện sớm, điều trị đúng và kịp thời, phục hồi chức năng và phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng thực sự đang là nhu cầu cấp bách không thể thiếu được đối với các loại tàn tật nói chung và với bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não.

Phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não là để phòng ngừa và làm giảm tối đa các di chứng, tạo cơ hội bình đẳng và sớm đưa người bệnh trở lại hòa nhập với cuộc sống độc lập của họ ở gia đình và cộng đồng.

Phục hồi chức năng là một ngành chuyên khoa không thể thiếu trong chăm sóc sức khỏe toàn diện, góp phần đáng kể vào việc tạo cơ hội bình đẳng, nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh và những người khuyết tật.

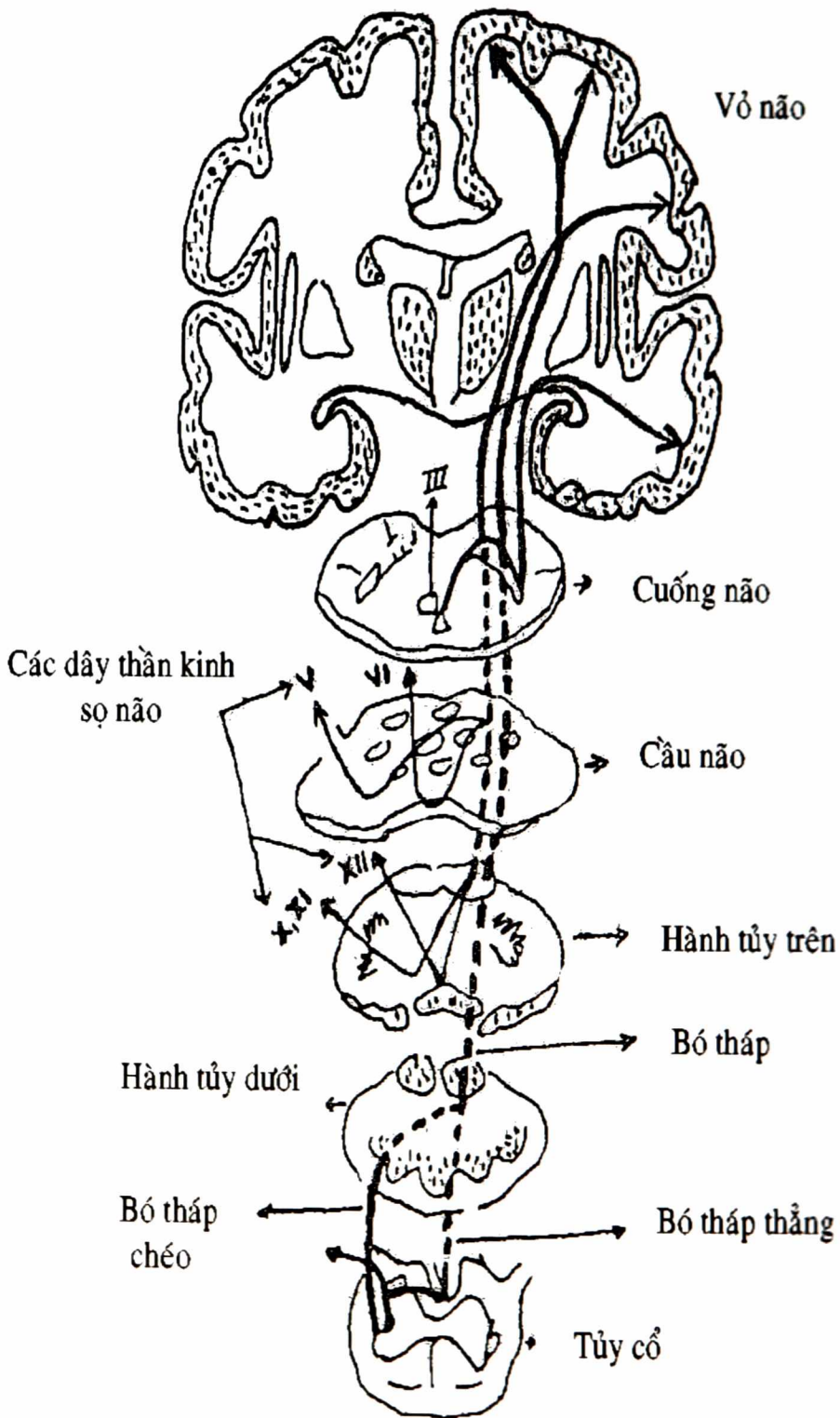
1. Đại cương về giải phẫu và sinh lí của bó tháp

Bó tháp là bó thần kinh vận động hữu ý, bắt đầu từ hồi trán lên đi dọc theo tất cả các tầng của trục thần kinh, qua trung tâm bầu dục, bao trong, cuống não, cầu não, hành tủy, tủy sống. Từ cuống não, bó tháp nhỏ dần, có sợi dừng lại trên đường đi và tới nơ ron ngoại vi của các dây thần kinh sọ não hoặc các dây thần kinh tủy cổ ở bên đối diện.

Khi đến 1/3 dưới của hành tủy, 9/10 số sợi của bó tháp bắt chéo và tạo thành bó tháp chéo, còn 1/10 số sợi đi thẳng xuống tủy sống tạo thành bó tháp thẳng. Vì vậy, trong thực hành lâm sàng thần kinh khi có tổn thương một nửa bán cầu đại não thì thường gây liệt nửa người ở bên đối diện.

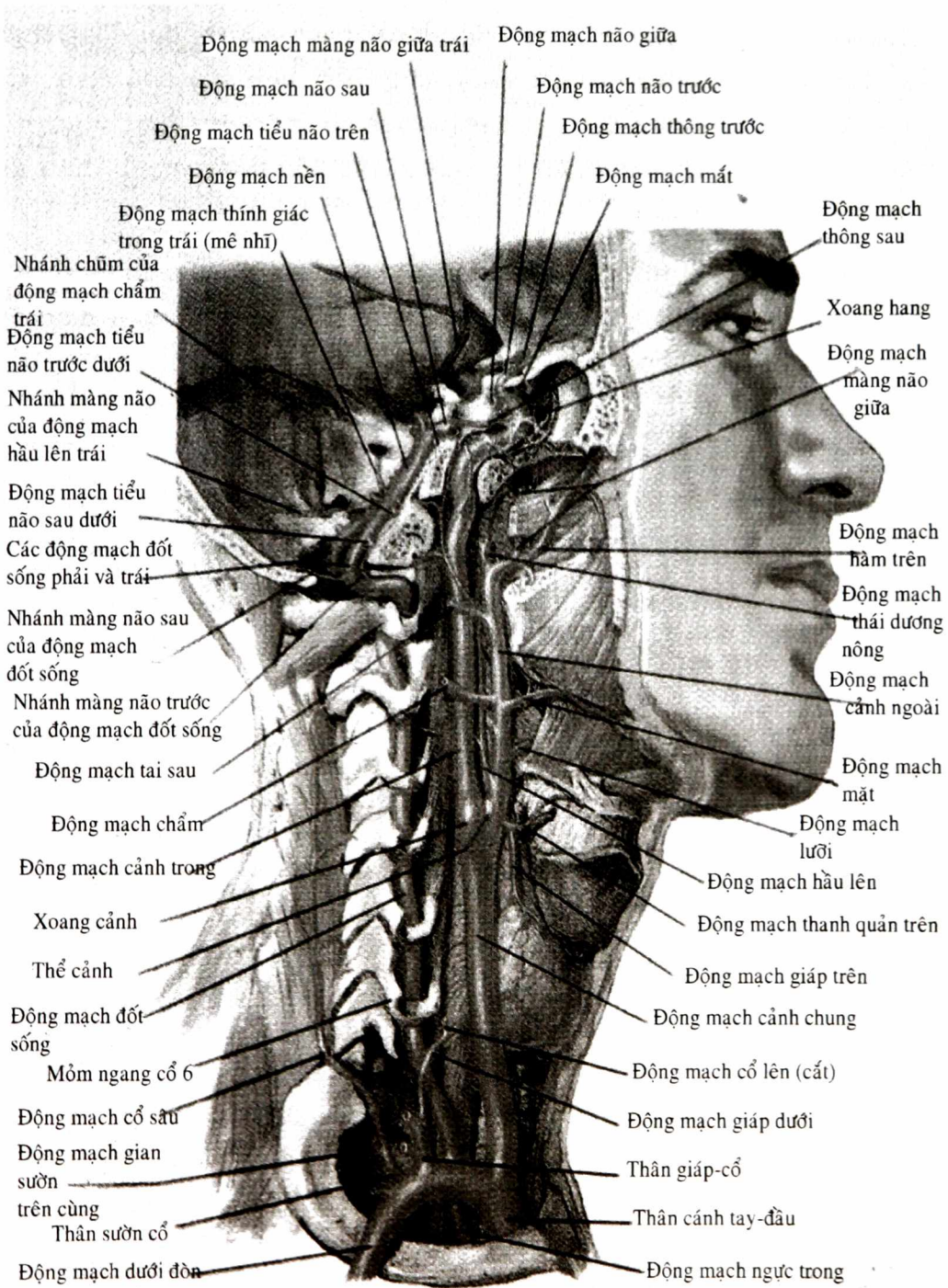
Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não



Sơ đồ đường vận động bó tháp

2. Giải phẫu chức năng tuần hoàn não



Các động mạch của não và màng não

2.1. Các động mạch nuôi dưỡng não

Não được cung cấp máu bởi bốn động mạch chính: hai động mạch cảnh trong và hai động mạch sống lưng. Mỗi bán cầu não được cung cấp máu bởi hai nhánh tận của động mạch cảnh trong (động mạch não trước và động mạch não giữa) và nhánh tận của động mạch thân nền (động mạch não sau).

Mỗi động mạch tận trên đều có hai khu vực tưới máu, đó là khu vực nông (vỏ não) và khu vực sâu (trung tâm). Hai khu vực tưới máu này độc lập với nhau, không có tuần hoàn bàng hệ quan trọng, tạo nên một vành đai ranh giới dưới chất trắng gọi là vùng tưới hạn, đó là khu vực của nhũn não lan toả.

Sự bố trí mạch nuôi dưỡng như trên giải thích các tai biến thiếu máu não cục bộ thuộc hệ Cảnh cho triệu chứng thần kinh một bên, tổn thương hệ Sống Nền thường cho triệu chứng lan toả cả hai bên.

2.1.1. Động mạch cảnh

Có hai động mạch cảnh gốc, một ở bên phải và một ở bên trái. Động mạch cảnh gốc phân nhánh thành động mạch cảnh trong và động mạch cảnh ngoài.

Có hai động mạch cảnh trong, một ở bên phải và một ở bên trái cấp máu cho hai bán cầu đại não. Động mạch cảnh trong phân bốn nhánh tận là: động mạch não trước, động mạch não giữa, động mạch thông sau và động mạch mạc mạc trước. Mỗi động mạch này lại chia thành hai ngành, ngành nông cấp máu cho vỏ não, ngành sâu đi vào trung tâm.

Các ngành nông và ngành sâu không nối tiếp với nhau mà có cấu trúc tận cùng tạo nên một vùng tưới hạn, đó là khu vực dễ nhồi máu lan toả. Trước khi phân nhánh, động mạch cảnh trong cho một ngành bên là động mạch mắt.

+ Động mạch não trước: Tách ra từ động mạch cảnh trong.

- Khu vực nông: Động mạch não trước tưới máu cho mặt trong của

bán cầu đại não, mặt trong thùy trán, thùy đỉnh, trùm quá lên phần chỏm não bán cầu.

- Khu vực sâu: Động mạch não trước có nhánh là động mạch Heubner cung cấp máu cho phần trước của bao trong, phần đầu của nhân đuôi và nhân bào xám, chất trắng dưới vùng Broca bên bán cầu ưu thế.

+ Động mạch não giữa: Là nơi hay gặp tai biến nhất, chiếm tới 90% các tai biến mạch máu não.

- Khu vực nông (vỏ não): Động mạch não giữa cung cấp máu cho phần lớn mặt ngoài của bán cầu đại não, gồm thùy trán, thùy trước trung tâm thấp, phần giữa cuốn trán lên, thùy đỉnh, diện bên của thùy thái dương.

- Khu vực sâu: Động mạch não giữa cấp máu cho vùng bao trong, thể vân và phía trước đồi thị. Trong số các nhánh sâu có một nhánh to nhất là động mạch Charcot (còn gọi là động mạch đậu - vân hay động mạch chảy máu não), động mạch này hay bị vỡ do tăng huyết áp hoặc do xơ cứng mạch.

+ Động mạch thông sau: Tách từ động mạch cảnh trong, động mạch thông sau cung cấp máu cho đồi thị, vùng dưới đồi, bao trong và chân cuống não.

+ Động mạch mạch mạc trước: Tách từ động mạch cảnh trong.

- Ở sâu: Động mạch mạch mạc trước cung cấp máu cho hạnh nhân, thùy hải mã, phần đuôi của nhân đuôi, phần giữa của thể nhạt, phần bụng của đồi thị, phần bên của thể gối, đám rối mạch mạc của sừng thái dương não thất bên.

- Ở nông: Động mạch mạch mạc trước cấp máu cho vỏ não dạng quả lê.

2.1.2. Động mạch sống

Động mạch sống xuất phát từ động mạch dưới đòn sau đó đi lên trong các lỗ ở mỏm ngang các đốt sống cổ từ đốt sống cổ 6 đến đốt sống cổ 1.

- Đoạn ngoài sọ: Sau khi tách khỏi động mạch dưới đòn, động mạch đốt sống đi lên trên, đến ngang đốt sống cổ 6 nó chui vào ống động mạch, đến ngang đốt sống cổ 2 đi ra ngoài rồi chui qua màng cứng vào lỗ chẩm to.

- Đoạn trong sọ: Từ lỗ chẩm động mạch đốt sống đến cầu não nhập với động mạch đốt sống bên kia tạo thành động mạch thân nền, tưới máu cho hai bên tiểu não và thân não. Hai động mạch não sau là hai nhánh tận của động mạch thân nền.

2.2. Đặc điểm của tuần hoàn não

Tuần hoàn não là loại tuần hoàn đặc biệt có các đặc điểm sau:

2.2.1. Đặc điểm 1

Tuần hoàn não là loại tuần hoàn có mạng nối rộng rãi với ba nơi nối chính:

- Nối thông giữa các động mạch lớn trước não: Là mạng nối ngoài sọ giữa động mạch cảnh trong, động mạch cảnh ngoài và động mạch đốt sống.

- Mạng nối đáy sọ (đa giác Willis): Là vòng tuần hoàn bàng hệ ở đáy sọ nối nhiều nhánh tận của động mạch cảnh trong với nhau và nối với hệ sống - nền qua trung gian các động mạch thông trước và động mạch thông sau.

- Mạng nối tầng nông bề mặt vỏ não: Là mạng nối giữa các nhánh nông của động mạch não trước, động mạch não giữa và động mạch não sau với nhau.

Trong các nhánh nối trên của động mạch não, quan trọng và phong phú nhất là các nhánh nối giữa động mạch não trước và động mạch não giữa. Nhánh nối ít và mảnh hơn là các nhánh nối giữa động mạch não trước và động mạch não sau.

2.2.2. Đặc điểm 2

- Không có sự nối tiếp giữa các ngành nông và ngành sâu của một

động mạch não, cũng không có sự nối tiếp giữa các ngành sâu của các động mạch não với nhau.

- Giữa khu vực nông và khu vực sâu hình thành đường ranh giới không có mạch nối quan trọng, gọi là “vùng tới hạn” hay vùng nhũn não lan toả.

- Tuần hoàn não ở khu vực nông có áp lực thấp vì có sự phân nhánh và nối với nhau phong phú, mỗi lần phân chia nhánh áp lực tuần hoàn lại hạ xuống. Tuần hoàn não ở khu vực sâu có áp lực cao vì là những nhánh tận, khi huyết áp tăng lên đột ngột dễ gây xuất huyết ở những vùng có các mạch sâu như vùng đồi thị và bao trong.

2.2.3. Đặc điểm 3

Tai biến thiếu máu não thuộc hệ mạch cảnh có triệu chứng thần kinh một bên. Tổn thương hệ mạch sống - nền thường có triệu chứng thần kinh ở cả hai bên, vì khi vào nội sọ các mạch máu thuộc hệ mạch cảnh có hai mạch, mỗi mạch tưới máu cho một bên bán cầu. Động mạch hệ sống - nền tưới máu nuôi dưỡng cho cả hai bên của tiểu não và thân não.

2.2.4. Đặc điểm 4

Mạng nối tuần hoàn hệ động mạch đốt sống - thân nên có bốn vòng tuần hoàn bàng hệ:

- Vòng nối thông động mạch đốt sống với động mạch cảnh ngoài và động mạch dưới đòn ở ngang đốt sống cổ 2.

- Vòng nối đa giác Willis: Nối các động mạch ở nông trên bề mặt não với các động mạch ở sâu qua động mạch thông sau.

- Vòng nối thông các nhánh bề mặt ở thân não và các vùng não sau là mạng lưới mao mạch phong phú.

- Vòng nối thông các động mạch sâu trong não là mạng lưới mao mạch nhỏ nằm ở chất trắng hoặc đồi thị.

Chương 4

CHẨN ĐOÁN TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

1. Chẩn đoán xác định tai biến mạch máu não

1.1 Căn cứ vào các triệu chứng lâm sàng: dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới

+ *Chẩn đoán tai biến mạch máu não đối với cộng đồng*

Các tiêu chuẩn chẩn đoán này chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng, đặc biệt là cách hỏi bệnh. Phương pháp chẩn đoán dựa vào các tiêu chuẩn này đã được thử nghiệm tại nhiều nước và kết quả sai số chỉ từ 1 đến 5%. Tiêu chuẩn chẩn đoán cụ thể là:

- Các triệu chứng xảy ra đột ngột, nhanh; có biểu hiện các thiếu sót chức năng thần kinh. Các rối loạn chức năng thần kinh này thường là khu trú, hiếm khi lan toả với các triệu chứng tồn tại quá 24 giờ hoặc bệnh nhân tử vong trong vòng 24 giờ.

- Các khám xét và thăm dò đã loại trừ nguyên nhân sang chấn.

+ *Chẩn đoán tai biến mạch máu não trong bệnh viện*

- Để chẩn đoán có phải tai biến mạch máu não không, áp dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán giống như ở cộng đồng.

- Để chẩn đoán phân biệt tai biến chảy máu não và thiếu máu não cục bộ: ngoài tiêu chuẩn chẩn đoán trên cần áp dụng thêm tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào sự tiến triển của bệnh theo thời gian trong 2 - 3 tuần đầu được phân làm năm loại như sau:

* *Loại 1:* Khởi hoàn toàn trước 24 giờ. Đây là cơn thiếu máu não thoáng qua.

* *Loại 2:* Khởi hoàn toàn trên 24 giờ. Thường là thiếu máu cục bộ một phần hồi phục hoặc thiếu máu cục bộ thoáng qua kéo dài.

* *Loại 3*: Khỏi một phần với di chứng kéo dài.

* *Loại 4*: Không hồi phục và nặng lên liên tục.

* *Loại 5*: Bệnh nhân tử vong.

Trong năm loại trên, loại 1 và loại 2 thường được chẩn đoán là thiếu máu não cục bộ, loại 4 và loại 5 hầu hết là tai biến chảy máu não. Loại 3 khó chẩn đoán, cần dựa vào các xét nghiệm cận lâm sàng và chụp não cắt lớp vi tính.

1.2. Căn cứ vào các xét nghiệm cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: Lipid máu tăng trong vữa xơ động mạch. Bilirubin máu tăng, số lượng tiểu cầu tăng, chỉ số kết dính tiểu cầu tăng, thời gian đông máu có thể rút ngắn trong chảy máu não.

- Dịch não tủy: Protein tăng, có máu trong chảy máu não.

- Siêu âm Doppler phát hiện hẹp động mạch.

- Chẩn đoán hình ảnh: Chụp não cắt lớp vi tính (CT), chụp cộng hưởng từ (MRI), chụp mạch não có thuốc cản quang.

- Chẩn đoán giải phẫu và giải phẫu bệnh.

2. Chẩn đoán định khu tổn thương

2.1. Tắc hệ động mạch cảnh

- Các triệu chứng thần kinh đều biểu hiện ở bên đối diện với bên não bị tổn thương.

- Xảy ra từ từ nên có sự tưới máu bù của hệ động mạch cảnh bên đối diện và của hệ động mạch sống - nền. Nếu không bị tắc hoàn toàn, các triệu chứng thần kinh chỉ tạm thời hoặc hồi phục một phần sau vài tuần.

2.2. Tắc động mạch não giữa

- Tắc nhánh nông trước: liệt nửa người, mất cảm giác bên đối diện, ưu thế mặt - tay; mất ngôn ngữ vận động; quay mắt, quay đầu sang bên tổn thương.

- Tắc nhánh nông sau bên bán cầu ưu thế: bán manh bên cùng tên, thất ngôn Wernicke; mất nhận thức sơ đồ cơ thể, không phân biệt được bên phải bên trái.

- Tắc nhánh nông sau bên bán cầu không ưu thế: mất nhận biết tên đồ vật, mất nhận biết một nửa sơ đồ cơ thể, mất nhận biết không gian bên trái.

- Tắc các nhánh sâu: thiếu máu bao trong, nhân đậu, nhân đuôi. Liệt nửa người nặng đối bên, đồng đều; đôi khi bán manh bên cùng tên; mất cảm giác nửa người; thất ngôn Broca (bán cầu ưu thế).

- Tắc cả nhánh nông và sâu: liệt nửa người nặng đối bên; mất cảm giác nửa người đối bên; bán manh bên cùng tên; thất ngôn hoàn toàn (bán cầu ưu thế); rối loạn ý thức.

2.3. Tắc động mạch não trước

Do tổn thương bó tháp ở cánh tay bao trong, biểu hiện lâm sàng bằng liệt nửa người bên đối diện, mất cảm giác ở khu vực liệt, tiểu tiện không tự chủ, hội chứng không nói bất động, có thể thất ngôn Broca nếu tổn thương động mạch Heubner của động mạch não trước bên trái.

2.4. Tắc động mạch mạc mạc trước

Liệt nửa người đồng đều bên đối diện (do tổn thương bó tháp ở đùi sau bao trong), mất cảm giác nửa người, bán manh cùng tên. Thực tế ít gặp tổn thương đơn thuần động mạch mạc mạc trước, thường là tổn thương kết hợp với động mạch não giữa trong tắc khúc tận cùng của động mạch cảnh.

2.5. Tắc động mạch não sau

+ Tắc nhánh nông: Tắc một bên: bán manh cùng bên nhưng còn thị trường trung tâm. Tắc hai bên: bán manh kép; mù vỏ não, mất nhận thức thị giác; mất đọc, còn viết; rối loạn trí nhớ, mất trí.

+ Tác nhánh sâu: Hội chứng đôi thị, biểu hiện ở nửa người bên đối diện: Đau đôi thị, mất cảm giác nông, mất cảm giác sâu, trệ hơn ở ngọn chỉ; liệt nửa người thoáng qua (do chèn ép bao trong kê bên); mất điều hòa nửa người.

2.6. Tác động mạch đốt sống thân nền

Tác động mạch vùng thân não: biểu hiện bằng hội chứng giao bên. Bệnh nhân bị liệt dây thần kinh sọ não một bên và liệt nửa người ở bên đối diện.

** Tổn thương cuống não*

- Hội chứng Weber: liệt dây III một bên; sụp mi, liệt vận động nhãn cầu, lác ngoài. Bên đối diện: liệt nửa người kiểu trung ương.

- Hội chứng Benedikt: liệt dây III một bên. Bên đối diện: run, múa giật, múa vờn.

** Tổn thương cầu não*

- Hội chứng Millard - Gubler: liệt dây VII ngoại biên ở một bên. Bên đối diện liệt nửa người kiểu trung ương.

- Hội chứng Foville: liệt mặt ngoại biên một bên. Liệt nửa người (trừ mặt) bên đối diện; hai mắt bệnh nhân nhìn sang bên nửa người bị liệt.

** Tổn thương hành não*

- Hội chứng Wallenberg: một bên mất cảm giác nửa mặt, liệt một bên hầu, mất điều hòa, hội chứng Claude Bernard - Horner. Bên đối diện: liệt nhẹ nửa người, mất cảm giác đau và nhiệt.

- Hội chứng Babinski - Nageotte: tổn thương nửa trên hành não.

- Hội chứng Jackson: tổn thương phía trước hành não.

- Hội chứng Bonnier: liệt dây VIII, IX, X, đôi khi dây III, V, liệt nửa người bên đối diện.

2.7. Tác động mạch tiểu não cùng bên

- Hội chứng tiểu não bao gồm: loạn choạng nửa người, giảm trương lực cơ, mất thăng bằng, rung giật nhãn cầu, chóng mặt và nôn.

3. Chẩn đoán thể tai biến mạch máu não

Chẩn đoán phân biệt chảy máu não và thiếu máu não cục bộ

Biểu hiện lâm sàng	Thiếu máu não cục bộ	Chảy máu não
Tam chứng xuất huyết: - Nhức đầu - Mất ý thức - Nôn	Không, hoặc rối loạn ý thức nhẹ	Đầy đủ, phổ biến và kéo dài (điển hình ở người trẻ, xuất huyết não, màng não)
Thời gian dẫn tới toàn phát	Nhanh, hoặc từng bước đỡ đi nhanh	Nhanh (giây, phút), nặng lên liên tục trong 12 giờ đầu
Triệu chứng thần kinh khu trú	Rõ ở khu vực hệ cảnh hoặc sống nền	Không rõ, thường lan tỏa, ưu thế một bên
Dấu hiệu màng não	Không	Hay gặp
Dịch não - tủy	Trong (hiếm có máu vi thể)	Máu không đông
Chụp não cắt lớp vi tính	Vùng giảm tỉ trọng (chụp sau 48 giờ)	Ổ tăng tỉ trọng thuần nhất, phù nề quanh ổ, dấu hiệu chèn ép, máu trong não thất
Dấu hiệu toàn thân	Không sốt	Sốt trong giai đoạn toàn phát, bạch cầu ngoại vi tăng

4. Chẩn đoán nguyên nhân

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, nguyên nhân tai biến mạch máu não đứng đầu là xơ vữa động mạch sau đó là tăng huyết áp, nghẽn mạch

do cục máu từ tim lên não như trong hẹp van hai lá, rối loạn nhịp tim, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn...

Người ta cho rằng nếu chỉ có tăng huyết áp nhưng thành mạch máu còn tốt sẽ không gây tai biến mạch máu não, ngược lại nếu thành mạch bị vữa xơ thêm tăng huyết áp thì yếu tố nguy cơ sẽ tăng lên 7 lần.

5. Chẩn đoán phân biệt

Một vài loại bệnh khác cần được chú ý trong chẩn đoán phân biệt như động kinh cục bộ, glôcôm, ngất do bệnh tim, migren có biến chứng, máu tụ dưới màng cứng, túi phình mạch máu, chảy máu hoặc nhồi máu trong ung thư.

Chương 5

LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

☞ Phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt nửa người được nói đến từ thời Hippocrates với những quan điểm mới về giá trị của việc điều trị bằng tập luyện vận động đối với bệnh nhân liệt nửa người và các bệnh thần kinh để lại di chứng liệt.

☞ Năm 1760 có nhiều sách viết về điều trị liệt nửa người nhưng điều mà mọi người hi vọng hơn cả là sử dụng phương pháp vận động tập luyện phục hồi chức năng cho bệnh nhân. Tissot (1780) là người đầu tiên viết sách giới thiệu các phương pháp tập luyện, vận động trong đó có tập luyện vận động cho người bệnh liệt nửa người do tai biến mạch máu não.

☞ Trong những năm đầu của thế kỉ 19, phương pháp phục hồi chức năng bằng thể dục và tập luyện vận động cho người bệnh liệt nửa người được đề cập nhưng chưa được áp dụng nhiều.

☞ Giữa thế kỉ 19, Todd (1850) là bác sĩ lâm sàng đầu tiên của trường Đại học Hoàng gia Anh đã nhấn mạnh việc cần thiết của tập luyện và vận động đối với bệnh nhân liệt nửa người. Ngày nay, người ta vẫn còn nhớ đến ông bởi những đề xuất về phương pháp tập luyện vận động và những nhận xét của ông về biểu hiện lâm sàng của người bệnh liệt nửa người, đặc biệt là phân tích dáng đi, gọi là “Dáng đi của Todd”.

☞ Năm 1843 Durand - Fardel lần đầu tiên đề cập đến cơ rút đối với người bệnh liệt nửa người do tai biến mạch máu não.

☞ Phân loại về mức độ giảm khả năng và tàn tật của người bệnh liệt nửa người được Frenkel nói đến lần đầu tiên năm 1889, tác giả phân làm bốn loại dựa vào khả năng đi của bệnh nhân:

1. Có thể tự đi lại mà không cần bất kì sự trợ giúp nào.
2. Chỉ đi lại được khi có trợ giúp.
3. Có thể tự đứng lên nhưng không thể tự đi lại được.
4. Không thể tự đứng hoặc đi lại được.

Trên cơ sở cách phân loại đó của Frenkel nhiều tác giả đã sử dụng để phân loại mức độ giảm khả năng và tàn tật sau này.

☞ Raymond (1896) là người đầu tiên xây dựng bệnh viện chuyên về thể dục và tập luyện, tác giả gọi tên phương pháp đó là tái giáo dục vận động đối với người bệnh liệt nửa người.

☞ Brissaud (1903) đã đề xuất: với người bệnh liệt nửa người, việc luyện tập vận động nên được bắt đầu càng sớm càng tốt, có thể ngay tuần đầu tiên sau đột quỵ nếu tình trạng toàn thân cho phép, việc tập luyện vận động cần được thực hiện hàng ngày, mỗi ngày hai lần.

☞ Raimiste (1906) lần đầu tiên mô tả các vận động đồng động ở người bệnh liệt nửa người, loại vận động đặc biệt này đã được Simon ứng dụng ở Đức và Boorstein ứng dụng ở Mĩ những năm 1919 nhưng chưa được nhiều người chấp nhận.

☞ Bucholz (1911) đã khẳng định lại giá trị toàn diện của tập luyện vận động đối với người bệnh liệt nửa người đồng thời ông cũng là một trong những người đầu tiên đề xuất việc sử dụng các dụng cụ trợ giúp như máng, nẹp, trong quá trình tập luyện.

☞ Trong chiến tranh thế giới thứ nhất có nhiều người bệnh liệt nửa người do bị tổn thương não nhưng chỉ có rất ít các phương pháp tập luyện phục hồi chức năng mới được đề xuất.

☞ Năm 1916 Hoffa lần đầu tiên sử dụng máng, nẹp, băng chun và túi cát như một dụng cụ trợ giúp hữu hiệu trong tập luyện phục hồi chức năng cho người bệnh liệt nửa người.

☞ Cuối Chiến tranh Thế giới lần thứ nhất, Tilney (1919) là người đầu tiên đề xuất phương pháp phòng ngừa co rút đối với người bệnh liệt nửa

người bằng sử dụng máng, nẹp kết hợp với vận động. Trong thập kỉ thứ 3 và thứ 4 của thế kỉ này các phương pháp phục hồi chức năng cho người bệnh liệt nửa người vẫn chưa được đề xuất và mô tả một cách đầy đủ.

☞ Bordato (1932), Bilik (1937) đã đề xuất những quy tắc tập vận động cùng với phương pháp tập đi cho người bệnh liệt nửa người. Sau đó Deaver và Brown đặt tên cho loại vận động này là các hoạt động di chuyển. Các kĩ thuật tập luyện vận động giúp người bệnh có thể tự di chuyển từ giường ra ghế, xe lăn đến nhà tắm và đi lại mà không cần người khác hỗ trợ là một trong những thắng lợi lớn của ngành phục hồi chức năng ở thế kỉ 20.

☞ Chiến tranh Thế giới lần thứ hai đã làm tăng số lượng người tàn tật về vận động, nhưng cũng làm tăng các công trình nghiên cứu về phục hồi chức năng để phục vụ những người tàn tật sau chiến tranh. Kĩ thuật tập luyện cho những người bị khuyết tật về vận động và người bệnh liệt nửa người cũng phát triển mạnh ngay sau khi chiến tranh kết thúc với tên gọi chung là kĩ thuật tạo thuận.

☞ Kabat từ những năm 1930 đã ứng dụng và khẳng định giá trị của các phương pháp tập luyện vận động cho những cơ bị yếu hoặc liệt, những năm 1943 tác giả đã ứng dụng kĩ thuật tạo thuận để điều trị một số bệnh thần kinh, đặc biệt là các di chứng trong đó có liệt nửa người.

☞ Twitchell (1951) đã khẳng định giá trị của kĩ thuật tạo thuận trong phục hồi chức năng cho người bệnh liệt nửa người bằng cách sử dụng các vị thế khác nhau của thân mình và các chi để tạo thuận cho quá trình tập luyện vận động.

☞ Bobath (1970) đã viết sách giới thiệu về phương pháp lượng giá chức năng và kĩ thuật phục hồi chức năng cho bệnh nhân là người lớn liệt nửa do tai biến mạch máu não.

☞ Tổ chức Y tế Thế giới (1971) đã khuyến nghị phải nghĩ đến phòng ngừa co rút và loét đối với người bệnh liệt nửa người ngay khi bệnh nhân chưa tỉnh, chương trình tập luyện phục hồi cho bệnh nhân nên tiến hành như sau:

+ Bệnh nhân chưa tỉnh: tập vận động thụ động ngày 2 đến 3 lần kết hợp với các vị thế nằm đúng của bệnh nhân.

+ Bệnh nhân tỉnh: tập vận động thụ động, vận động có trợ giúp, sau đó tập di chuyển từ giường ra ghế, tập đứng lên và tập đi.

☞ Brunnstrom (1971) đã mô tả mẫu đồng vận của tay và chân trong liệt nửa người đồng thời tác giả phân chia quá trình phục hồi của người bệnh thành 6 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: liệt mềm, bệnh nhân không tự vận động được.

- Giai đoạn 2: mẫu đồng vận gập ở tay và đồng vận duỗi ở chân trở nên rõ ràng, co cứng bắt đầu phát triển.

- Giai đoạn 3: co cứng tăng lên đột ngột.

- Giai đoạn 4: co cứng giảm, bệnh nhân có thể kiểm soát được mẫu đồng vận ở mức độ nào đó và thực hiện được một số vận động chủ động có chọn lọc.

- Giai đoạn 5: mẫu đồng vận mất đi, bệnh nhân có thể thực hiện được các vận động khó hơn.

- Giai đoạn 6: tái thiết lập lại sự phối hợp bình thường của các vận động với nhau.

Dựa theo sự phân chia này người ta có thể áp dụng kĩ thuật và phương pháp tập luyện khác nhau theo từng giai đoạn cho phù hợp. Tuy nhiên, trong thực tế lâm sàng khó có thể xác định được thời gian tương ứng với mỗi giai đoạn nói trên là bao nhiêu lâu kể từ khi đột quỵ xảy ra.

☞ Denny - Brown (1971) cũng đã khẳng định giá trị của các kĩ thuật tạo thuận trong phục hồi chức năng cho người bệnh liệt nửa người, đặc biệt là giai đoạn đầu ngay sau khi đột quỵ

☞ Bryce và Todd (1977) đề xuất chương trình tập luyện trên cơ sở phương pháp của Bobath. Tác giả đã chia liệt nửa người làm hai giai đoạn và nhấn mạnh việc phục hồi chức năng trong giai đoạn I chủ

yếu là các kĩ thuật về vị thế, sau đó tập cho bệnh nhân ngồi dậy trên giường, di chuyển từ giường ra ghế, tập ngồi trên ghế.

Giai đoạn II của phục hồi chức năng chủ yếu là các bài tập vận động ở tư thế nằm, tư thế ngồi, tập đứng dậy và tập đi. Các tác giả cũng không đề cập đến vấn đề thời gian của giai đoạn I và và giai đoạn II là bao nhiêu kể từ khi đột quỵ và các biểu hiện lâm sàng cụ thể trong mỗi giai đoạn đó là những gì.

☞ Seymour (1983) đã viết sách “Tập luyện tại nhà cho bệnh nhân liệt nửa người”, đây là một trong các sách hướng dẫn cụ thể, dễ hiểu và dễ thực hiện với các bài tập đơn giản, không cần các dụng cụ và trang thiết bị phức tạp, khó kiếm.

☞ Johnstone (1983) đã viết sách về phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhân đột quỵ, sau đó năm 1987 tác giả lại viết sách phục hồi chức năng bệnh nhân đột quỵ theo nhóm phục hồi và chăm sóc bệnh nhân đột quỵ tại nhà. Tác giả đề cập đến chức năng chuyên biệt của các thành viên trong nhóm phục hồi như kĩ thuật viên vật lí trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, cán bộ xã hội với phương pháp tập luyện kết hợp sử dụng các dụng cụ hỗ trợ hiện đại như nẹp hơi, ghế tự điều chỉnh thăng bằng cùng các dụng cụ đơn giản khác.

Phương pháp tập luyện này sẽ được thực hiện tốt và có hiệu quả ở những cơ sở phục hồi chức năng chuyên biệt với các trang thiết bị hiện đại và những thành viên trong nhóm phục hồi được đào tạo theo chuyên khoa.

☞ Swenson (1984) cũng viết sách về phục hồi chức năng cho người bệnh liệt nửa người. Tác giả cho rằng bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não có thể bắt đầu tập vận động sau 2 - 3 ngày, bệnh nhân liệt nửa người do chảy máu não có thể bắt đầu tập sau ngày thứ 14. Có thể tổ chức tập luyện theo nhóm bệnh nhân với những bài tập lăn trở ở tư thế nằm, tập ngồi thăng bằng, điều chỉnh thăng bằng và vận động của thân mình ở tư thế ngồi.

☞ Carr (1985) viết sách giới thiệu chương trình tái huấn luyện về vận động cho bệnh nhân liệt nửa người. Đây là một trong những tài liệu

chuyên khoa của kỹ thuật viên vật lý trị liệu trong phục hồi chức năng cho người bệnh liệt nửa người mà nhiều nơi trên thế giới vẫn còn sử dụng.

☞ Davies (1985) đã viết sách về các bước tập luyện phục hồi cho bệnh nhân liệt nửa người trên cơ sở phương pháp của Bobath. Tác giả đã nhấn mạnh đến kỹ thuật vị thế và các bài tập vận động ở các tư thế khác nhau. Tác giả cũng đề cập đến vấn đề đau vai, các bài tập trên đệm cho bệnh nhân liệt nửa người tại nhà, các di chứng thường gặp và chương trình tập luyện tại nhà.

Hoạt động trị liệu là một trong những kỹ thuật chuyên ngành quan trọng của phục hồi chức năng tiếp theo của vật lý trị liệu. Hoạt động trị liệu tập luyện cho người bệnh thể hiện các vận động của mình trong việc thực hiện các chức năng tự chăm sóc và các hoạt động trong đời sống thường ngày như ăn uống, tắm rửa, vệ sinh cá nhân, các kỹ thuật thích nghi.

☞ Davis (1985) đã giới thiệu chương trình hoạt động trị liệu cho bệnh nhân liệt nửa người trên cơ sở phương pháp của Bobath với chương trình tập tuyện cụ thể cho người bệnh cách mặc, thay quần áo, đi giày dép, ăn uống, vị thế đúng khi thực hiện các vận động trong tự chăm sóc và các hoạt động trong đời sống và sinh hoạt hàng ngày.

☞ Gowland (1990) viết về tập luyện phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người, tác giả đã chia quá trình phục hồi làm 7 giai đoạn, mỗi giai đoạn có những biểu hiện lâm sàng khác nhau, trên cơ sở đó đề xuất các nguyên tắc và kỹ thuật tập luyện bao gồm kiểm soát tư thế, tập vận động tay, chân, phối hợp vận động toàn thân cho phù hợp với từng giai đoạn:

□ Giai đoạn 1: liệt mềm, chưa có vận động chủ động.

□ Giai đoạn 2: xuất hiện co cứng, chưa có vận động chủ động nhưng nếu kích thích và tạo thuận sẽ xuất hiện vận động theo mẫu vận động nguyên thủy, mẫu vận động nguyên thủy này là rập khuôn của mẫu đồng vận gập và duỗi, liên quan đến các phản xạ của tủy sống và thân não.

Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

□ Giai đoạn 3: co cứng rõ, các mẫu vận động nguyên thủy có thể xuất hiện. Trong hầu hết các trường hợp đồng vận gấp thường trội hơn ở tay và đồng vận duỗi trội hơn ở chân.

□ Giai đoạn 4: co cứng giảm, mẫu đồng vận có thể bị mất nếu có vận động chủ động thay thế. Các phản xạ chính thể phát triển, biến đổi và hội nhập một phần với các phản xạ của tủy sống và thân não.

□ Giai đoạn 5: co cứng giảm nhiều nhưng vẫn rõ khi vận động nhanh và ở tầm vận động rộng. Các phản xạ chính thể đã hòa nhập với các phản xạ của tủy sống và thân não, các phản xạ về thăng bằng xuất hiện và có thể thực hiện được các vận động theo các chức năng khác nhau.

□ Giai đoạn 6: hết co cứng, tư thế và các vận động của người bệnh trở lại bình thường trừ những vận động nhanh, phức tạp.

□ Giai đoạn 7: bình thường, các vận động nhanh và phức tạp có thể thực hiện được.

☞ Andrews (2000) nghiên cứu về các cơ bị yếu sau đột quy, tác giả cho rằng sau đột quy độ mạnh các cơ ở cả hai bên cơ thể đều bị suy giảm, nhưng phía bên đối diện với bán cầu não tổn thương các cơ bị suy giảm nhiều hơn.

Trong thực hành lâm sàng đừng coi bên không liệt là không bị ảnh hưởng, một trong những cách tập tốt nhất để phục hồi bên bị liệt và không bỏ quên bên không liệt là tập trung vào các hoạt động đòi hỏi sự tham gia tác động qua lại của cả hai bên của cơ thể.

Chương 6

NGUYÊN LÝ VÀ NGUYÊN TẮC PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI

1. Nguyên lý và nguyên tắc phục hồi

- Mục đích của phương pháp phục hồi chức năng này là huấn luyện lại các vận động bình thường mà trước khi bị liệt người bệnh đã thực hiện được. Cơ thể con người là một khối thống nhất, vì vậy trong quá trình tập luyện phục hồi, người bệnh và người tập không chỉ chú ý đến tay, chân, bên bị liệt mà phải chú ý đến toàn bộ cơ thể. Các bài tập vận động cần thực hiện cân xứng cả hai bên, không sử dụng các vận động của bên lành để bù trừ hoặc thay thế cho bên bị liệt.

- Phục hồi chức năng phải được bắt đầu càng sớm càng tốt khi bệnh cảnh lâm sàng và tình trạng toàn thân của bệnh nhân cho phép. Mỗi giai đoạn có các kỹ thuật phục hồi khác nhau phù hợp với tình trạng cụ thể của người bệnh trong giai đoạn đó. Trong quá trình tập luyện vận động phục hồi cần chú ý đến cả chất lượng và số lượng của vận động, hướng theo các mẫu vận động bình thường.

Nguyên tắc phục hồi là khôi phục lại các mẫu vận động bình thường vốn đã có trên cơ sở loại bỏ các mẫu vận động bất thường bằng cách sử dụng các kỹ thuật đặc biệt như kỹ thuật tạo thuận, kỹ thuật ức chế co cứng, mẫu ức chế phản xạ, phản xạ ức chế tư thế... để ngăn ngừa vận động không bình thường do các phản xạ bất thường tạo nên và thúc đẩy việc học lại các vận động theo mẫu vận động bình thường dễ dàng và tự nhiên hơn.

Phục hồi chức năng vận động là giúp bệnh nhân học lại cảm giác vận động, cách vận động và kiểm soát vận động thông qua trương lực cơ. Bằng mọi cách có thể, phải làm cho trương lực cơ trở lại bình

thường hoặc gần bình thường trước khi thực hiện các bài tập luyện vận động, vì người bệnh không thể thực hiện được các vận động bình thường khi cơ ở trong tình trạng liệt mềm hoặc co cứng.

Một số thuật ngữ thường được dùng trong tập luyện vận động phục hồi chức năng như vị thế đúng, xoay thân, co cứng, ức chế, kích thích, phá vỡ mẫu co cứng, tạo thuận, chịu trọng lượng, chuyển trọng lượng, dồn trọng lượng, vận động đai vai, bình thường hoá trương cơ lực, phản xạ tư thế, phản xạ chỉnh thế, phản xạ thăng bằng, phản xạ bảo vệ...

Có các điểm “chìa khóa” hay điểm “chủ chốt” để kiểm soát vận động, các điểm đó thường ở góc chi như vai, chậu hông. Tại các điểm đó, khi được tác động bằng một kĩ thuật đặc biệt như kĩ thuật ức chế co cứng, hoặc kĩ thuật phá vỡ mẫu co cứng, có thể làm giảm co cứng của toàn bộ chi và cơ thể, tạo thuận lợi cho bệnh nhân thực hiện các vận động chủ động dễ dàng và tự nhiên hơn theo mẫu vận động bình thường.

Mẫu ức chế phản xạ là các mẫu vận động ngược lại với mẫu co cứng để ức chế co cứng và các mẫu vận động bất thường, tạo thuận cho các vận động bình thường. Ví dụ: có thể làm giảm co cứng của các cơ gấp ở thân mình và ở tay bệnh nhân bằng cách duỗi cột sống và duỗi cổ, đồng thời duỗi khuỷu tay, dạng và xoay khớp vai bên liệt ra ngoài. Theo nguyên tắc đó có thể làm giảm co cứng hơn nữa bằng cách duỗi khớp cổ tay, dạng và xoay ngửa ngón cái.

Tập và hướng dẫn người bệnh vận động theo các cách mà trước khi bị liệt họ đã làm với các mẫu vận động bình thường. Sử dụng các bài tập, các kĩ thuật vận động và các dụng cụ trợ giúp cần thiết phù hợp, có liên quan gần gũi với cuộc sống và sinh hoạt thường ngày của người bệnh, giúp và hướng dẫn người bệnh tập luyện nhiều lần cho đến khi tự họ có thể làm được.

Trong quá trình tập luyện cần phát huy tính tích cực và chủ động của người bệnh và gia đình, hướng dẫn người bệnh và gia đình để họ có thể tự thực hiện được các bài tập vận động. Bệnh nhân cần tự họ vận động càng nhiều càng tốt, người khác chỉ giúp khi họ không tự làm được.

Sau khi ra viện người bệnh thường vẫn cần tiếp tục tập luyện tại nhà với sự giúp đỡ của người thân trong gia đình và nhân viên phục hồi chức năng cộng đồng. Các bài tập tại nhà cần gắn liền với các hoạt động thực hiện chức năng trong tự chăm sóc bản thân như ăn uống, tắm rửa, vệ sinh cá nhân và các hoạt động trong đời sống và sinh hoạt thường ngày của người bệnh tại gia đình và cộng đồng.

2. Các rối loạn chức năng thường thấy ở bệnh nhân

Đối với người bệnh liệt nửa người do tai biến mạch máu não, các rối loạn chức năng của cơ thể chủ yếu là do thiếu một phần kiểm soát của não về tư thế và vận động dẫn đến các rối loạn bất thường khác kèm theo.

2.1. Tình trạng bất thường về trương lực cơ

Trương lực cơ giảm (liệt mềm) trong giai đoạn đầu của liệt nửa người và trương lực cơ tăng (liệt cứng) ở giai đoạn sau với mẫu co cứng thường gặp. Biểu hiện cụ thể là:

+ Đầu người bệnh: nghiêng và xoay về bên liệt, mặt quay sang bên lành.

+ Chi trên: biểu hiện mẫu co cứng gấp:

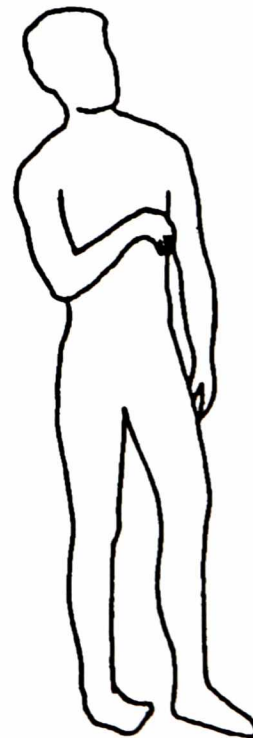
- Xương bả vai bị kéo ra sau, đai vai bị kéo xuống dưới.

- Khớp vai khép và xoay vào trong.

- Khớp khuỷu tay gấp, cẳng tay quay sấp.

- Khớp cổ tay gấp mặt lòng và hơi nghiêng về phía xương trụ.

- Ngón tay cái và các ngón khác gấp và khép.



Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

+ Thân mình: nghiêng về phía bên liệt và xoay ra sau.

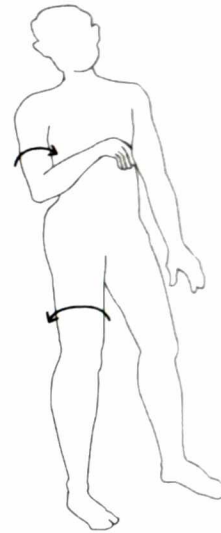
+ Chi dưới: biểu hiện mẫu cơ cứng duỗi:

- Hông bên liệt bị kéo lên trên và xoay ra sau.

- Khớp háng duỗi, khép và xoay ra ngoài.

- Khớp gối duỗi.

- Khớp cổ chân gập mặt lòng, bàn chân nghiêng vào trong, các ngón chân gập và khép.



2.2. Mất sự phối hợp bình thường của các cơ

Bệnh nhân không thực hiện được các vận động nhịp nhàng theo mẫu vận động bình thường. Ví dụ:

- Dáng đứng của người bình thường: hai chân ở tư thế dạng, duỗi thẳng, cách nhau một khoảng cách phù hợp, hai bàn chân đặt sát trên sàn nhà.

- Dáng đứng không bình thường của người bệnh liệt nửa người: để đứng được người bệnh phải đứng với hai chân cách nhau quá xa, tay và chân bên liệt gập, bàn chân bên liệt nghiêng vào trong, lòng bàn chân không đặt sát trên sàn nhà được.

2.3. Mất đối xứng

Là một trong những vấn đề thường gặp nhất ở người bệnh liệt nửa người. Mất đối xứng có thể do mất cân bằng về trương lực cơ của các nhóm cơ ở thân mình, ở các chi và ở mặt. Mất đối xứng cũng có thể do ảnh hưởng của các rối loạn bất thường khác.

2.4. Chịu trọng lượng không đều

Hầu hết các bệnh nhân liệt nửa người đều sợ phải chịu trọng lượng ở nửa người bên bị liệt. Thay vì phải phân bố trọng lượng cơ

thể cân bằng sang cả hai bên, bệnh nhân thường dồn hầu hết trọng lượng sang bên chân lành và nửa người bên lành nhất là ở các tư thế ngồi, đứng và đi.

2.5. Sợ hãi

Sự sợ hãi của bệnh nhân có thể là một trong các yếu tố làm suy yếu người bệnh, làm trầm trọng thêm các rối loạn chức năng khác, làm cho họ dễ bị phụ thuộc hơn là độc lập. Sợ hãi có thể do mất cảm giác, phản ứng thăng bằng kém, mất phản xạ bảo vệ, rối loạn về tri giác.

Bất kỳ sự thay đổi xáo trộn nào trong hoạt động hàng ngày cũng có thể làm cho bệnh nhân sợ. Ví dụ: sợ ngã khi vận động, đứng lên và đi lại. Sợ hãi cũng là yếu tố quan trọng làm tăng thêm co cứng của người bệnh và làm cho vận động càng khó khăn thêm trong quá trình tập luyện phục hồi.

2.6. Rối loạn cảm giác

Có thể giảm hoặc mất cảm giác về vị trí, cảm thụ bản thể, mất cảm giác xúc giác và cảm giác đè ép. Khả năng vận động và thực hiện chức năng của các chi cũng phụ thuộc vào cảm giác, có thể người bệnh không sử dụng được chân tay chỉ do mất cảm giác trong khi khả năng kiểm soát vận động không bị rối loạn.

3. Một số di chứng thường gặp ở bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

- Khớp vai có thể bị đau, cứng và hạn chế các vận động gấp, duỗi, dạng, khép, xoay nên bệnh nhân khó thực hiện các chức năng của tay bên liệt.

- Khớp khuỷu co cứng gấp, căng tay quay sấp. Bệnh nhân khó duỗi khớp khuỷu và xoay ngửa căng tay khi vận động, đặc biệt là khi thực hiện các chức năng cần phải xoay ngửa căng tay và duỗi khớp khuỷu.

- Khớp cổ tay gấp mặt lòng, bệnh nhân khó hoặc không thể gấp

Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

khớp cổ tay về phía mu bàn tay, các ngón tay không nắm duỗi được để thực hiện chức năng của bàn tay.

- Khớp gối và khớp háng co cứng duỗi, bệnh nhân không tự gấp khớp gối và khớp háng được đặc biệt là khi đứng và đi. Khi bước đi bệnh nhân phải kéo hông bên liệt lên và lạng chân liệt theo, tạo nên dáng đi phát cỏ.

- Khớp cổ chân gấp mặt lòng, gân gót bị co ngắn, bàn chân nghiêng vào trong, bệnh nhân thường đứng bằng các ngón chân và bờ ngoài bàn chân. Các ngón chân gấp, khép và quắp xuống, có thể có chai ở đầu các ngón chân gây đau khi đứng và đi.

- Bệnh nhân không thể đứng sát gót chân và lòng bàn chân bên liệt lên sàn nhà, bệnh nhân thường bước đi bằng bờ ngoài bàn chân, khó hoặc không thể lên xuống cầu thang, có thể có rung giật chân mỗi khi cử động.

Chương 7

KỸ THUẬT VỊ THẾ TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI

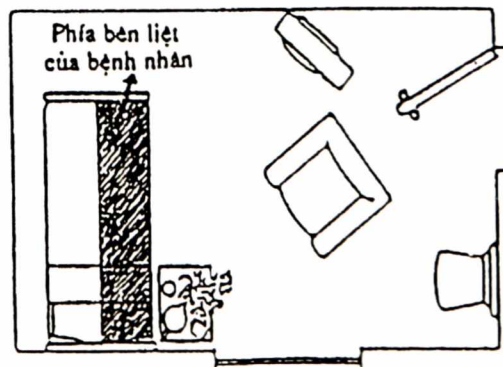
1. Bố trí giường nằm cho bệnh nhân liệt nửa người

Sau tai biến mạch máu não, một nửa người của bệnh nhân không chỉ bị liệt về vận động mà các chức năng khác như thính giác, thị giác, cảm giác cũng bị rối loạn kèm theo. Bố trí giường nằm đúng là để cho nửa người bên bị liệt được tiếp xúc với các kích thích tự nhiên càng nhiều càng tốt thông qua thị giác, thính giác, cảm giác, vận động tạo thuận lợi cho quá trình phục hồi.

Bố trí giường nằm hợp lý đồng thời cũng để tạo điều kiện thuận lợi cho người nhà bệnh nhân và nhân viên y tế dễ dàng thực hiện các kỹ thuật chăm sóc điều dưỡng, tập luyện vận động ở nửa người bên liệt. Bố trí giường nằm hợp lý cũng quan trọng và cần thiết như là để bệnh nhân nằm đúng vị thế trên giường và thực hiện các bài tập luyện vận động.

Nguyên tắc kỹ thuật:

- Không để người bệnh nằm phía bên liệt sát tường; tất cả đồ dùng của bệnh nhân ở trong phòng đều để về phía bên liệt. Không kê đầu giường lên quá cao; đệm giường mềm, chắc, luôn giữ phẳng để phòng loét do đè ép và các biến chứng khác.



2. Các vị thế nằm đúng của bệnh nhân theo mẫu phục hồi

2.1. Nằm nghiêng về phía bên liệt

- Đầu bệnh nhân: có gối đỡ chắc chắn, không để đầu bị đẩy ra sau, các đốt sống cổ phía trên ở tư thế hơi gấp.

- Thân mình: bệnh nhân nằm ở tư thế nửa ngửa, có gối đỡ phía lưng.

- Tay liệt: khớp vai, xương bả vai được đưa ra trước, tay duỗi 90° với thân, khớp khuỷu duỗi, cẳng tay xoay ngửa, cổ tay, các ngón tay duỗi và dẹt.

- Tay lành: ở vị trí nghỉ ngơi trên thân hoặc trên gối đỡ phía sau lưng, để trợ giúp giữ thân mình ở tư thế nửa ngửa.

- Chân liệt: ở tư thế khớp háng duỗi và khớp gối hơi gấp.

- Chân lành: có gối đỡ ở phía trước, cao ngang mức với thân, khớp háng và khớp gối gấp.



2.2. Nằm nghiêng về phía bên lành

- Đầu bệnh nhân: có gối đỡ chắc chắn như nằm nghiêng về phía bên liệt, không để đầu bị đẩy ra sau.

- Thân mình: vuông góc với mặt giường, có gối đỡ phía lưng.

- Tay liệt: có gối đỡ phía trước cao ngang mức với thân mình, khớp vai và khớp khuỷu gấp.



- Chân liệt: có gối đỡ phía trước cao ngang mức với thân để giữ thân mình vuông góc với mặt giường; khớp háng và khớp gối gấp.

- Tay lành: ở dưới gối hoặc ngang qua ngực, chân lành ở tư thế khớp háng duỗi, khớp gối hơi gấp

2.3. Nằm ngửa tay duỗi dọc theo thân

- Đầu bệnh nhân: có gối đỡ chắc chắn, không gối quá cao, không để các đốt sống cổ và ngực bị gấp.

- Mặt bệnh nhân nhìn thẳng ra trước hoặc quay sang bên liệt.

- Vai bên liệt: có gối mỏng đỡ dưới xương bả vai để giữ vai ở vị thế đưa ra trước.



- Tay bên liệt: xoay ngửa, duỗi dọc theo thân mình, hoặc dạng ngang, hoặc duỗi thẳng lên phía đầu, các ngón tay duỗi và dạng.

- Hông bên liệt: có gối mỏng đỡ dưới hông giữ khớp háng duỗi, đưa ra trước.

- Chân bên liệt: có gối đỡ dưới khoeo giữ khớp gối gấp, có gối đỡ phía mắt cá ngoài giữ cho chân bên liệt không đổ ra ngoài.

- Chân và tay lành: được đặt ở vị trí mà bệnh nhân cảm thấy thoải mái, dễ chịu.

3. Mục đích của các kỹ thuật vị thế

- Trong phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người, các kỹ thuật vị thế là rất quan trọng cũng như các bài tập vận động khác. Các kỹ thuật vị thế này cần được áp dụng sớm nhất ngay sau khi bệnh nhân bị đột quỵ và được duy trì trong suốt quá trình tập luyện phục hồi, kể cả giai đoạn tập luyện tại nhà sau khi ra viện.

- Người bệnh được nằm ở các vị thế đúng theo mẫu phục hồi để phòng ngừa các biến chứng và thương tật thứ cấp đặc biệt là co cứng và co rút sau này. Nếu đã có co cứng thì sử dụng kỹ thuật vị thế để ức chế và chống lại mẫu co cứng, kết hợp cùng với các kỹ thuật tạo thuận và các kỹ thuật tập luyện khác trong quá trình phục hồi.

4. Một số điểm cần lưu ý trong khi thực hiện kỹ thuật vị thế

- Để phòng ngừa các biến chứng thứ phát và các thương tật thứ cấp, không để bệnh nhân nằm quá lâu ở một tư thế, bệnh nhân cần được thay đổi các tư thế nằm thường xuyên từ 2 - 4 giờ một lần.

Cần thận trọng khi để bệnh nhân nằm ngửa, không để bệnh nhân ở vị thế nửa nằm nửa ngồi, vì ở vị thế nằm này, nguy cơ loét vùng cùi chỏ và tình trạng co cứng có thể tăng lên do ảnh hưởng của phản xạ mê đạo trương lực.

- Để giúp người bệnh nằm ở các vị thế khác nhau nói trên, cần có một số gối nhất định để kê đỡ, vật liệu làm gối có thể là bông, mút. Các gia đình không có điều kiện có thể sử dụng chăn màn, quần áo cũ, cỏ rơm khô, sạch... để làm gối kê đỡ cho các phần cơ thể của bệnh nhân.

Chương 8

CÁC BÀI TẬP VẬN ĐỘNG CHUNG

1. Tập vận động thụ động nửa người bên liệt

Trong giai đoạn đầu khi còn liệt mềm, người bệnh không tự mình vận động nửa người phía bên liệt được, họ cần có người khác tập vận động giúp, hoặc hướng dẫn họ sử dụng bên lành tập vận động cho bên bị liệt.

Mục đích: Tập vận động thụ động để duy trì tầm vận động của các khớp, để phòng ngừa các biến chứng và thương tật thứ phát như teo cơ, loét do đè ép, viêm phổi, cứng khớp, co rút, biến dạng, hạn chế hoặc mất vận động sau này.

Kỹ thuật: Người tập đứng về phía bên liệt của bệnh nhân và thực hiện các bài tập theo tầm vận động cho tất cả các khớp của chi trên và chi dưới ở nửa người phía bên liệt. Để tránh bỏ sót một khớp nào đó, người tập nên thực hiện các bài tập cho người bệnh theo thứ tự từ đầu xuống chân hoặc từ chân lên đầu.

Phần hướng dẫn trong quyển sách này mô tả cách tập cho bệnh nhân liệt nửa người bên phải, người tập đứng về phía bên phải của bệnh nhân. Nếu tập cho bệnh nhân liệt nửa người bên trái, các bạn chỉ cần đứng về phía bên trái của bệnh nhân và thay đổi vị trí ngược lại với các hình vẽ trong phần hướng dẫn này.

1.1. Khớp vai

+ *Tập gập và duỗi khớp vai:*

- Bệnh nhân nằm ngửa, tay duỗi dọc theo thân ở vị trí trung gian, lòng bàn tay hướng vào trong, ngón tay cái ở phía trên.

- Người tập dùng bàn tay phải đỡ khuỷu tay, bàn tay trái đỡ cổ tay, giữ tay bệnh nhân duỗi thẳng (H1), sau đó từ từ đưa tay bệnh nhân lên phía đầu (H2).

Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não



- Nếu trên đầu giường bị vướng không duỗi thẳng tay được, bạn hãy gấp khuỷu tay bệnh nhân lại, căng tay đặt sát trên đầu (H3). Sau đó đưa tay bệnh nhân trở lại vị trí cũ ban đầu.

+ Tập dạng, khớp khớp vai:

- Bệnh nhân nằm ngửa, tay duỗi dọc theo thân ở vị trí trung gian, lòng bàn tay hướng vào trong. Người tập dùng tay phải đỡ khuỷu tay và căng tay của bệnh nhân ở vị thế trung gian, bàn tay trái giữ khớp vai để khi tập không làm đẩy khớp vai bệnh nhân lên trên (H1).

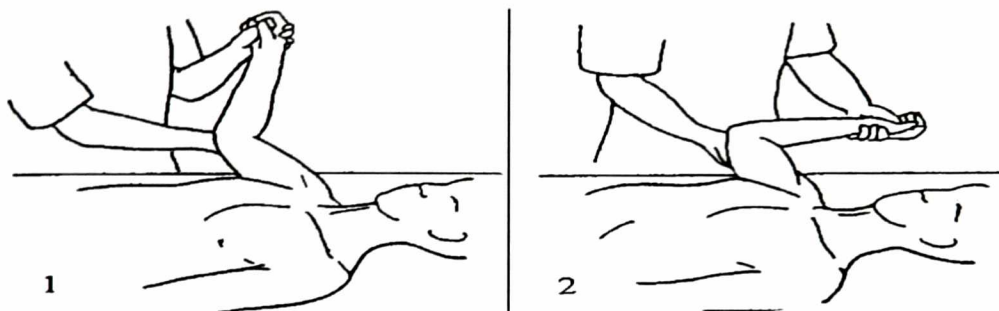
- Sau đó người tập từ từ dạng khớp vai bệnh nhân ra cho đến khi tay bệnh nhân vuông góc với thân mình (H2).



- Nếu bệnh nhân không bị đau và khớp vai không bị cứng, người tập tiếp tục tập vận động gấp khớp vai bằng cách thay đổi vị trí tay trái của bạn để nắm giữ cổ tay bệnh nhân và đưa lên phía đầu như đã làm đối với tập gấp khớp vai (H3). Sau đó đưa tay bệnh nhân trở lại vị trí ban đầu.

+ Tập xoay khớp vai:

Bệnh nhân nằm ngửa, tay dạng ngang vuông góc với thân, khớp khuỷu gấp vuông góc, căng tay ở vị trí trung gian giữa quay sấp và xoay ngửa.



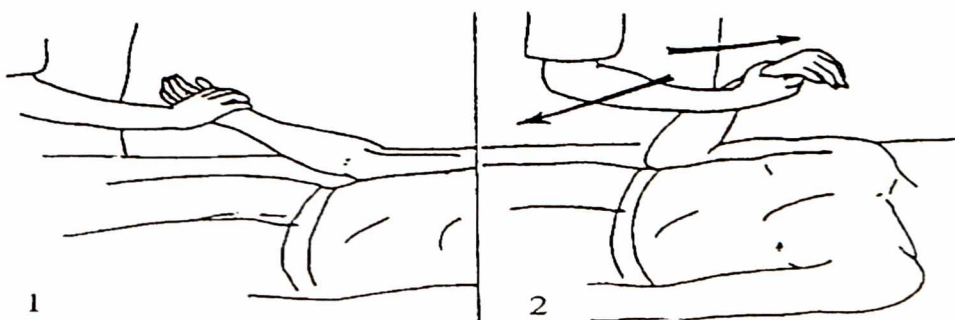
- Người tập dùng tay trái nắm giữ cổ tay và bàn tay bệnh nhân (ngón tay cái ở phía trước, các ngón khác ở phía sau), tay phải đỡ khuỷu tay bệnh nhân (H1).

- Tập xoay khớp vai ra ngoài bằng cách đưa bàn tay bệnh nhân lên phía trên đầu cho đến khi mu bàn tay sát mặt giường (H2), sau đó đưa bàn tay bệnh nhân trở lại vị trí ban đầu, lòng bàn tay xuống sát mặt giường (xoay khớp vai vào trong).

1.2 Khớp khuỷu

+ Tập gập và duỗi khớp khuỷu:

Bệnh nhân nằm ngửa, tay duỗi dọc theo thân, lòng bàn tay ngửa. Người tập dùng bàn tay phải nắm đỡ cổ tay và bàn tay bệnh nhân với ngón cái ở phía mu, các ngón khác ở phía lòng bàn tay (H1) sau đó từ từ gập khuỷu tay của bệnh nhân lại (H2) rồi duỗi ra trở về vị trí ban đầu và tập lại như trước.



+ Tập quay sấp và xoay ngửa cẳng tay:

Bệnh nhân nằm ngửa, tay duỗi dọc theo thân, khuỷu tay gập khoảng 45°, người tập dùng bàn tay phải nắm giữ bàn tay và cổ tay

Phục Hồi chức năng

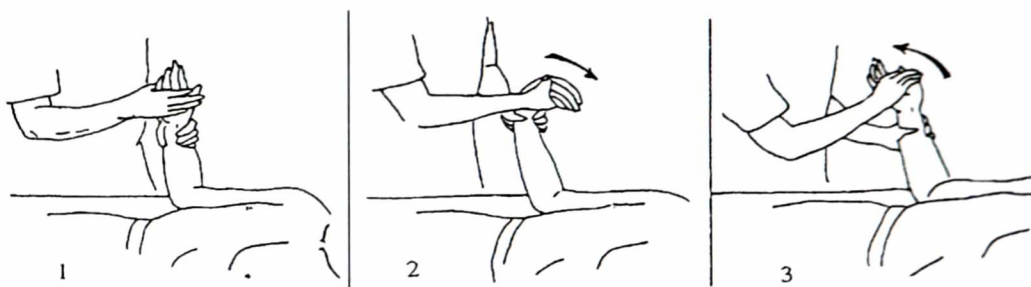
Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

bệnh nhân (gần giống như khi bắt tay H1) sau đó từ từ quay sấp và xoay ngửa cẳng tay bệnh nhân (H2).



1.3. Khớp cổ tay

+ Tập gập và duỗi khớp cổ tay:



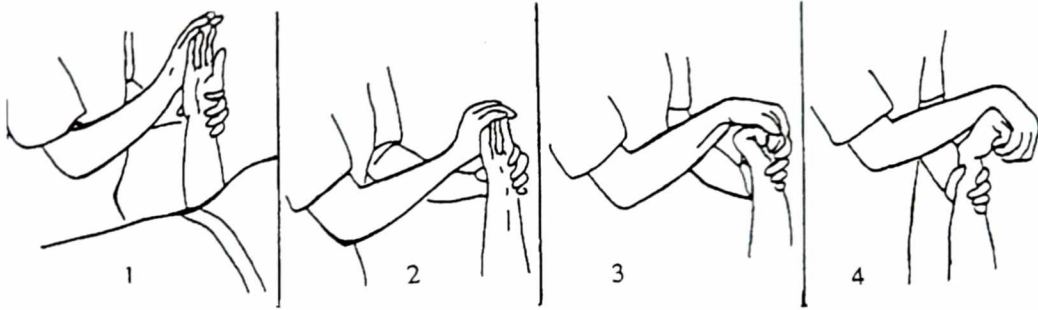
Bệnh nhân nằm ngửa, tay duỗi dọc theo thân, khuỷu tay gập vuông góc. Người tập dùng tay trái nắm giữ cổ tay, tay phải nắm giữ bàn và các ngón tay bệnh nhân (ngón cái ở phía mu, các ngón khác ở phía lòng bàn tay), giữ ngón tay cái của bệnh nhân giữa ngón tay trỏ và ngón giữa của mình (H1).

- Sau đó gập khớp cổ tay bệnh nhân về phía lòng bàn tay và hơi nghiêng về phía ngón út (H2), rồi gập khớp cổ tay bệnh nhân về phía mu bàn tay và hơi nghiêng về phía ngón cái (H3).

1.4. Các ngón tay

+ Tập gập các ngón tay:

- Bệnh nhân nằm ngửa, tay duỗi dọc theo thân, khuỷu tay gập vuông góc

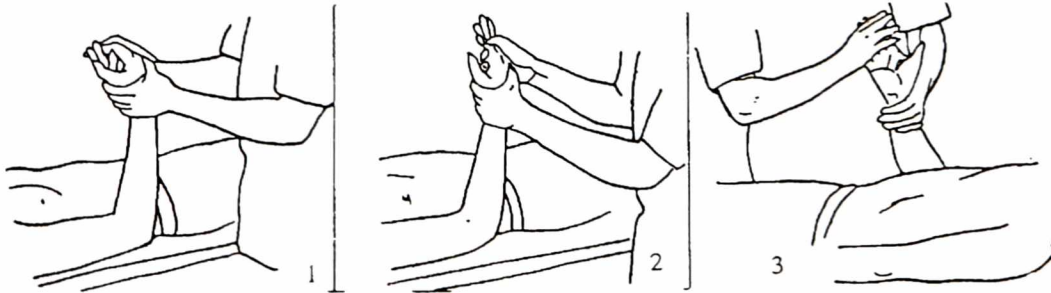


- Người tập khum các ngón tay của bàn tay phải lại và úp lên các ngón tay của bệnh nhân ở phía mu bàn tay. Tay trái của người tập giữ khớp cổ tay của bệnh nhân duỗi thẳng (H1), sau đó dùng bàn tay phải gấp các ngón tay bệnh nhân lại về phía lòng bàn tay cho đến khi tạo thành nắm đấm (H2, 3, 4).

- Nếu khi gấp các ngón tay lại mà bệnh nhân không đau thì tiếp tục gấp khớp cổ tay để duy trì độ dài của các cơ duỗi ngón tay.

+ Tập duỗi các ngón tay:

Bệnh nhân nằm ngửa, tay duỗi dọc theo thân, khuỷu tay gấp vuông góc.



Người tập dùng bàn tay trái giữ khớp cổ tay bệnh nhân duỗi thẳng (H1) (ngón tay cái ở phía mu, các ngón khác ở phía lòng bàn tay), bàn tay phải giữ bàn tay bệnh nhân (ngón cái ở phía mu, các ngón khác ở phía lòng bàn tay) rồi duỗi các ngón tay bệnh nhân ra nhưng không làm duỗi quá mức khớp bàn ngón (H2).

Khi các ngón tay đã duỗi hoàn toàn, người tập từ từ duỗi khớp cổ tay bệnh nhân để làm duỗi các cơ gấp ngón (H3). Chú ý phải duỗi các

Phục Hồi chức năng

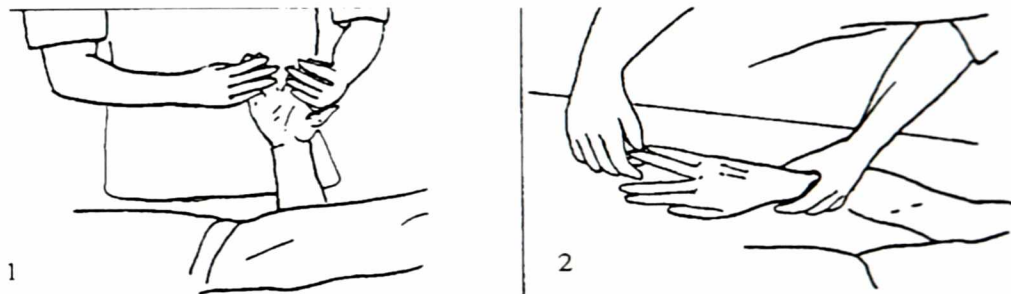
Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

ngón tay ra trước sau đó mới duỗi khớp cổ tay, không duỗi khớp cổ tay trước khi duỗi các ngón tay.

+ Tập dạng và khép các ngón tay:

- Bệnh nhân nằm ngửa, khuỷu tay gấp, khớp cổ tay thẳng.

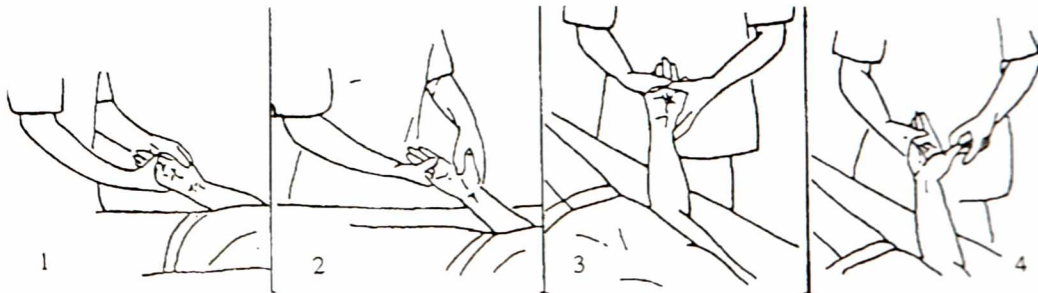
- Người tập dùng bàn tay phải giữ ngón 3, 4, 5 bàn tay trái giữ ngón 1, 2 của bệnh nhân ở tư thế duỗi sau đó lần lượt dạng và khép các ngón tay (H1).



- Phương pháp luân phiên: bàn tay bệnh nhân đặt úp trên mặt giường, người tập dùng tay trái giữ cẳng tay bệnh nhân ở tư thế quay sấp, đồng thời dùng ngón tay cái và ngón giữa của tay phải lần lượt dạng và khép các ngón tay của bệnh nhân (H2).

+ Tập vận động ngón tay cái:

- Bệnh nhân nằm ngửa, khuỷu tay gấp, cẳng tay xoay ngửa.



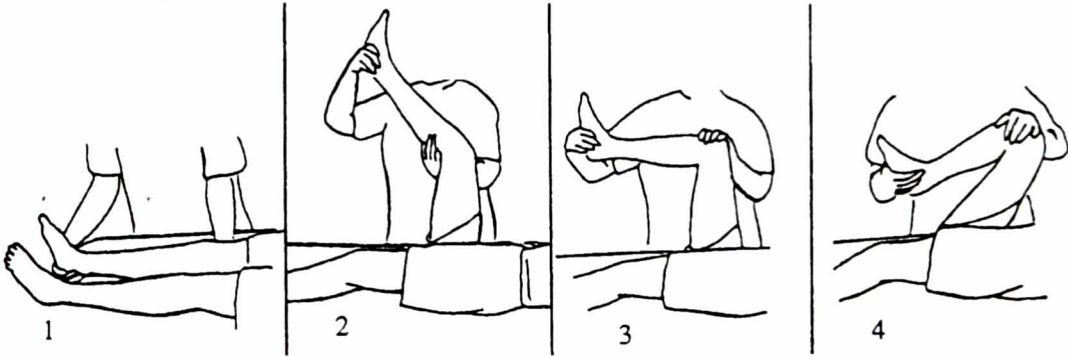
- Người tập dùng tay phải giữ và duỗi các ngón tay của bệnh nhân (ngón cái ở mặt lòng, các ngón khác ở mặt mu) đồng thời dùng ngón cái và ngón trỏ của tay trái giữ ngón tay cái của bệnh nhân (H1) sau đó tập dạng, khép ngón tay cái của bệnh nhân (H2).

Người tập đặt ngón tay cái của mình lên đầu ngón tay cái của bệnh nhân để gấp ngón tay cái lại (H3), sau đó dùng ngón cái và ngón trỏ của tay trái để tập duỗi ngón tay cái của bệnh nhân ra (H4)

1.5. Khớp háng

+ Tập gấp và duỗi khớp háng:

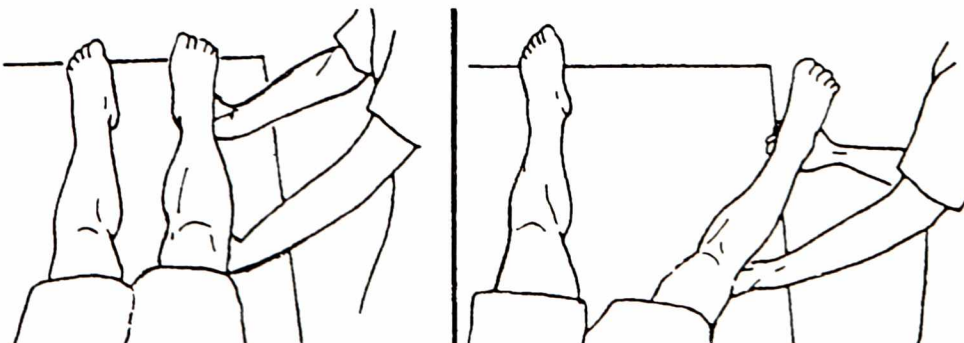
- Bệnh nhân nằm ngửa, người tập dùng tay phải đỡ gót chân, tay trái đỡ dưới khoeo chân bệnh nhân (H1), sau đó gấp nhẹ khớp gối rồi từ từ đưa đùi bệnh nhân về phía bụng (H2).



- Nếu khớp háng và thắt lưng không đau thì người tập chuyển bàn tay trái từ dưới khoeo lên mặt trước gối (H3) và gấp thêm khớp gối lại, rồi gấp khớp háng bằng cách đưa gối bệnh nhân về phía ngực và đưa gót chân bệnh nhân về phía mông (H4).

+ Tập dạng và khép khớp háng:

- Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng.



Phục Hồi chức năng

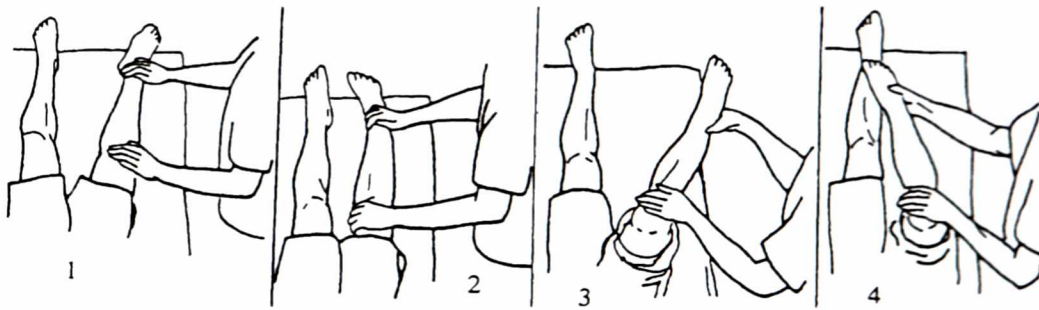
Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

- Người điều trị dùng tay phải đỡ dưới gót, tay trái đỡ dưới khoeo chân bệnh nhân (H1), sau đó từ từ đưa chân bệnh nhân ra ngoài (dạng khớp háng H2), rồi đưa chân bệnh nhân trở lại vị trí ban đầu (khép khớp háng).

- Chú ý không để chân bệnh nhân bị gấp hoặc xoay ngoài.

+ Tập xoay khớp háng:

Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng. Người tập đặt bàn tay phải của mình trên khớp cổ chân, bàn tay trái trên khớp gối của bệnh nhân sau đó từ từ xoay khớp háng ra ngoài (H1) và xoay khớp háng vào trong (H2).

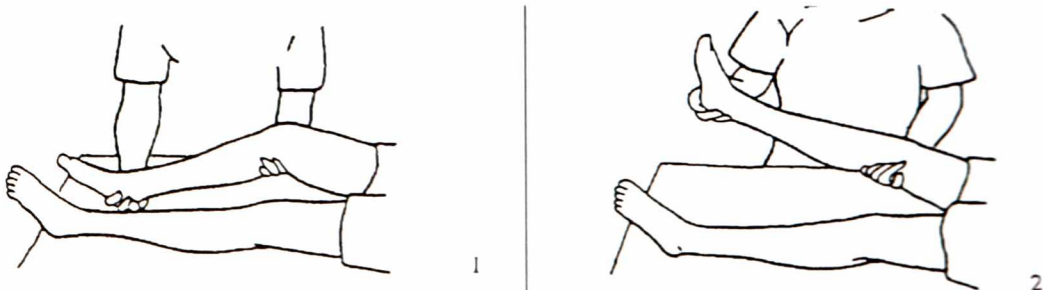


- Phương pháp luân phiên: người tập dùng bàn tay phải đỡ gót chân, bàn tay trái đặt trên gối rồi gấp chân bệnh nhân lại cho tới khi khớp háng và khớp gối vuông góc, sau đó xoay khớp háng vào trong bằng cách đưa gót chân ra phía ngoài (H3) và xoay khớp háng ra ngoài bằng cách đưa gót chân vào trong (H4).

1.6. Khớp gối

+ Tập duỗi khớp gối:

- Người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng.



- Người tập đứng về phía bên liệt của bệnh nhân, dùng tay phải đỡ dưới gót, tay trái đỡ dưới khoeo chân bệnh nhân để gấp khớp háng và khớp gối lại (H1).

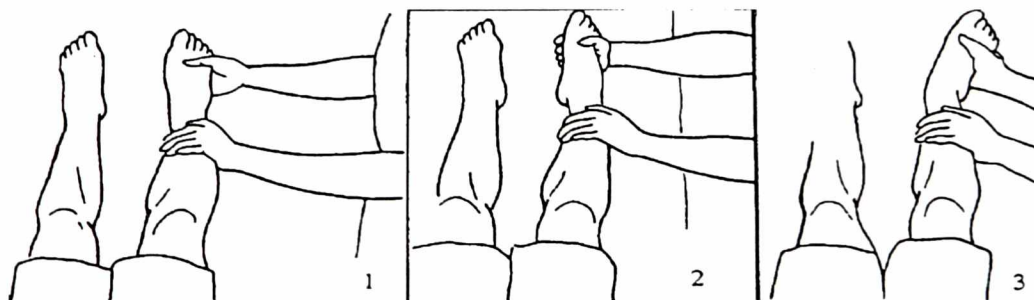
- Sau đó người tập duỗi thẳng chân bệnh nhân ra (H2). Nếu khi duỗi chân mà bệnh nhân đau thì không nên gấp khớp háng nhiều quá trước khi duỗi thẳng chân.

1.7. Khớp cổ chân

+ Tập nghiêng trong và nghiêng ngoài khớp cổ chân:

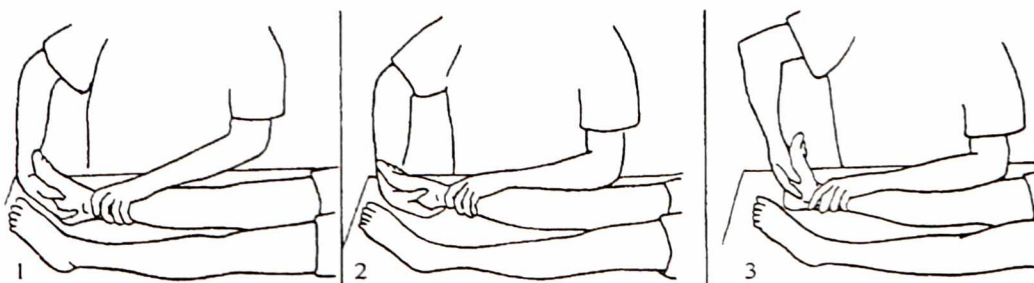
- Người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng. Người tập dùng bàn tay trái giữ phía trên khớp cổ chân, bàn tay phải nắm giữ bàn chân bệnh nhân với ngón cái ở phía mu, các ngón khác ở phía lòng bàn chân (H1).

- Sau đó người tập nghiêng bàn chân bệnh nhân vào trong và lên trên (H2), rồi nghiêng bàn chân ra ngoài và lên trên (H3) như trong hình vẽ.



+ Tập gấp và duỗi khớp cổ chân:

Người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng. Người tập dùng bàn tay phải đỡ gót chân và bàn chân, bàn tay trái nắm giữ phía trên khớp cổ chân của bệnh nhân (H1).



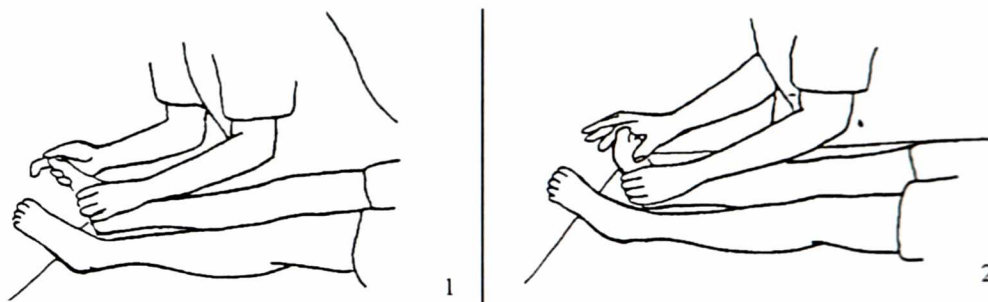
Sau đó từ từ dùng tay phải gấp khớp cổ chân bệnh nhân về phía lòng bàn chân (H2) rồi tiếp đến gấp khớp cổ chân về phía mu bàn chân (H3) đến mức tối đa, sau đó tập vận động lại như đã làm ở trên.

1.8. Các ngón chân

+ *Tập vận động các ngón chân:*

- Người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng. Người tập dùng bàn tay trái nắm giữ bàn chân, bàn tay phải nắm giữ các ngón chân bệnh nhân (ngón tay cái ở phía trên, các ngón khác ở phía dưới các ngón chân).

- Sau đó người tập gấp các ngón chân bệnh nhân xuống phía lòng bàn chân (H1), rồi gấp các ngón chân lên phía mu bàn chân (H2).

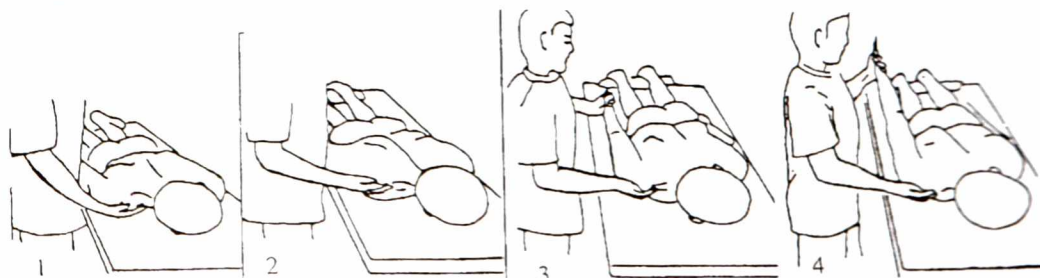


1.9. Bệnh nhân nằm sấp

+ *Tập duỗi khớp vai:*

- Bệnh nhân nằm sấp, người tập đứng về phía bên liệt, dùng bàn tay phải đỡ dưới vai (H1), bàn tay trái nắm giữ cổ tay bệnh nhân để lòng bàn tay bệnh nhân hướng về phía trong (H2).

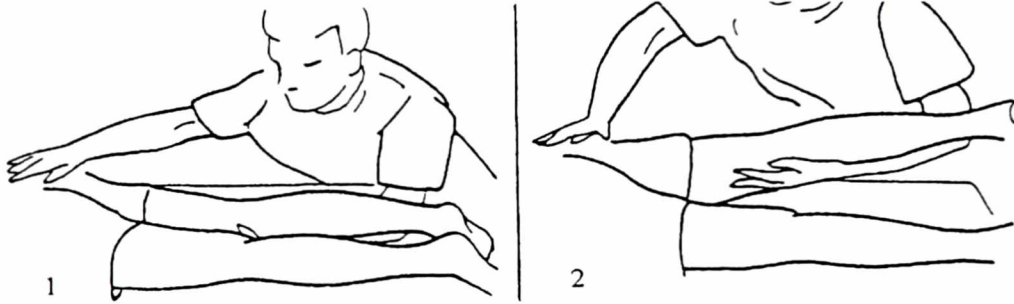
- Sau đó người tập nâng vai (H3) và nâng tay bệnh nhân lên khoảng 40° (H4) rồi đưa tay trở lại vị trí khởi động ban đầu rồi tập vận động lại như đã làm ở trên.



+ Tập duỗi khớp háng:

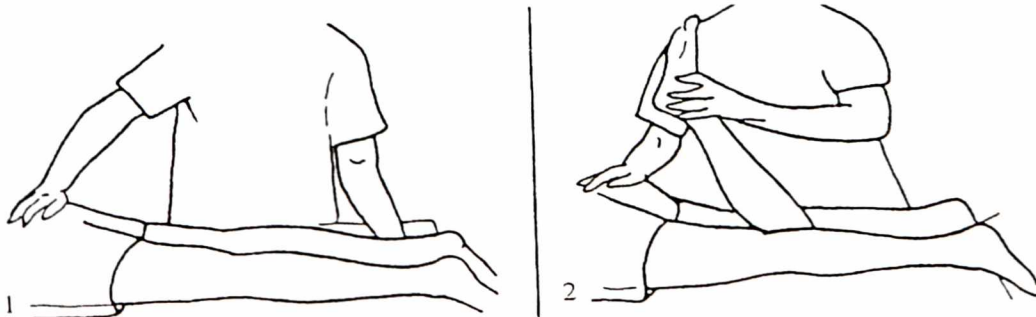
- Bệnh nhân nằm sấp, hai chân duỗi thẳng. Người tập đứng về phía bên liệt, dùng tay trái đỡ dưới gối và căng chân bệnh nhân, tay phải đặt trên mông để cố định khung chậu (H1) trong khi tập vận động.

- Sau đó người tập làm duỗi khớp háng bệnh nhân bằng cách dùng tay phải ấn mông bệnh nhân xuống, đồng thời dùng tay trái nâng chân bệnh nhân lên khỏi mặt giường khoảng 30° rồi đưa trở lại vị trí ban đầu (H2).



+ Tập gấp, duỗi khớp gối:

Bệnh nhân nằm sấp, hai chân duỗi thẳng, người tập đứng về phía bên liệt của bệnh nhân, dùng tay trái đỡ dưới khớp cổ chân, tay phải đặt trên mông bệnh nhân (H1). Sau đó gấp khớp gối bằng cách đưa gót chân về phía mông (H2) rồi đưa trở lại vị trí ban đầu (chú ý không để chân bệnh nhân bị dạng hoặc xoay).



2. Tập vận động có trợ giúp

Khi người bệnh có thể tự thực hiện được một phần vận động nhưng chưa hết tầm vận động bình thường, bệnh nhân phải tự thực hiện phần

vận động có thể làm được và cần người khác trợ giúp, hoặc hướng dẫn họ dùng bên lành giúp cho bên liệt thực hiện nốt phần vận động còn lại mà họ không tự làm được.

Mục đích: vận động có trợ giúp là để duy trì tầm vận động của các khớp, kích thích và tạo thuận cho vận động chủ động vì chức năng vận động của người bệnh không thể phục hồi trở lại được nếu không có vận động chủ động.

Kỹ thuật: tập theo tầm vận động cho các khớp của chi trên và chi dưới ở nửa người bên liệt. Nếu người bệnh đã tự vận động được một phần, người tập cần giảm dần sự trợ giúp khi khả năng vận động chủ động của người bệnh tăng lên.

3. Tập vận động chủ động

- Bệnh nhân chỉ có thể phục hồi khi họ chủ động thực hiện được các động tác vận động ở các vị thế khác nhau và sử dụng các vận động đó để thực hiện các chức năng trong tự chăm sóc bản thân, cũng như trong cuộc sống và sinh hoạt thường ngày.

- Khi người bệnh có thể chủ động thực hiện được vận động, họ cần được hướng dẫn cụ thể để tự mình thực hiện các bài tập vận động theo đúng kỹ thuật và theo các mẫu vận động bình thường. Người tập chỉ hướng dẫn hoặc giúp bệnh nhân phần động tác mà họ không tự làm được.

- Nguyên tắc chung là số lần tập cho mỗi động tác và thời gian cho mỗi lần tập tăng dần, mỗi động tác tập có thể làm từ 10 đến 20 lần, mỗi lần tập có thể kéo dài từ 45 đến 60 phút tùy theo tình trạng cụ thể của mỗi bệnh nhân.

Chương 9

TẬP VẬN ĐỘNG Ở TƯ THẾ NÀM

1. Nguyên tắc chung

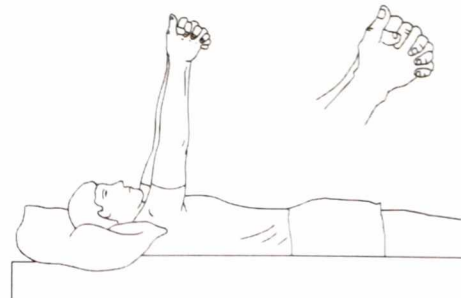
Tập vận động ở vị thế nằm là các bài tập cần được thực hiện sớm nhất cùng với kỹ thuật vị thế, hầu hết những bài tập ở vị thế nằm cũng sẽ là bài tập ở vị thế ngồi và đứng sau này. Tập vận động ở vị thế nằm có thể là tập vận động thụ động, tập vận động có trợ giúp hoặc tập vận động chủ động tùy theo mức độ phục hồi và tình trạng cụ thể của từng bệnh nhân.

Chỉ có vận động chủ động bệnh nhân mới có thể phục hồi, do đó khi bệnh nhân có thể tự thực hiện được một phần vận động nào đó người tập cần lưu ý chuyển đổi ngay phương pháp tập cho phù hợp, không tập thụ động khi bệnh nhân đã tự họ thực hiện được các động tác của vận động.

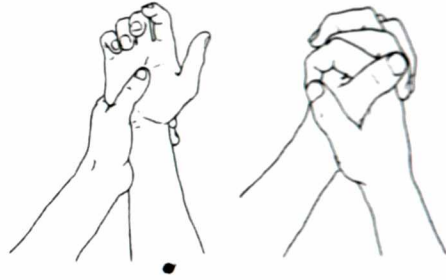
Trong phần hướng dẫn này chúng tôi giới thiệu những bài tập theo tầm vận động cơ bản theo các mẫu vận động bình thường bằng phương pháp tập có trợ giúp hoặc chủ động. Tùy theo tình trạng thực tế và mức độ phục hồi của bệnh nhân mà người tập lựa chọn và sử dụng các bài tập phù hợp, cụ thể bao gồm cả chương trình tập tại nhà sau khi ra viện.

2. Vị trí của hai bàn tay và các ngón tay khi tập vận động

- Khi tập vận động chung hoặc tập tay liệt có sự hỗ trợ của tay lành, người tập hướng dẫn bệnh nhân cài các ngón tay hai bên vào nhau, tốt nhất là ngón tay cái bên liệt luôn ở bên ngoài ngón tay cái bên lành.



- Hoặc bệnh nhân dùng bàn tay bên lành nắm giữ cổ tay bên liệt, ngón tay cái ở phía trước, các ngón khác ở phía sau, giữ cho khớp cổ tay bên liệt ở vị thế trung gian như trong hình vẽ.



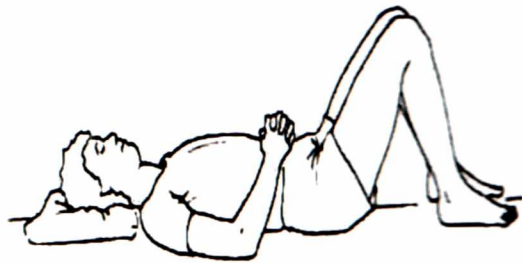
3. Kỹ thuật ức chế co cứng

Trước khi thực hiện bất kỳ bài tập vận động gì và ở tư thế nào, nếu người bệnh có co cứng thì việc đầu tiên của người tập là phải làm giảm co cứng bằng cách sử dụng các kỹ thuật vị thế, kỹ thuật phá vỡ mẫu co cứng và hoặc kỹ thuật ức chế co cứng.

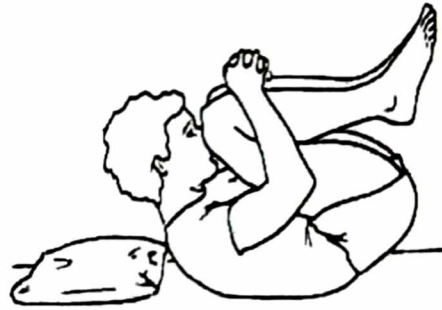
Nguyên tắc chung của kỹ thuật vị thế là đặt hoặc hướng dẫn bệnh nhân nằm, ngồi... ở các vị thế đúng theo mẫu phục hồi. Kỹ thuật phá vỡ mẫu co cứng hoặc ức chế co cứng là người tập thực hiện kỹ thuật vận động ngược lại với mẫu co cứng của bệnh nhân và giữ phần chi thể ở vị trí đó trong một khoảng thời gian nhất định.

Người tập có thể hướng dẫn bệnh nhân hoặc người nhà để tự họ sử dụng một số kỹ thuật vị thế đặc biệt, hoặc kỹ thuật đơn giản để làm giảm co cứng và ức chế co cứng trước khi thực hiện các bài tập vận động ở các vị thế khác nhau. Một số ví dụ về kỹ thuật ức chế co cứng cụ thể:

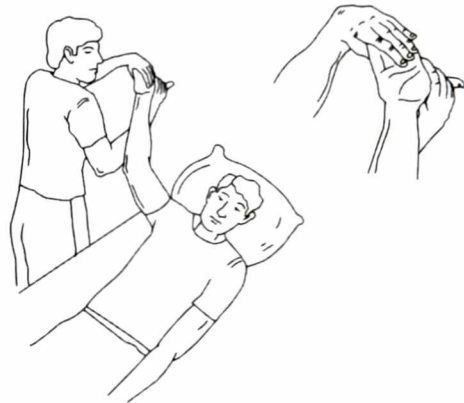
- Ức chế co cứng toàn thân:
bệnh nhân nằm ngửa, hai gối gấp, người tập hướng dẫn bệnh nhân ngả hai gối về phía bên lành đến mức tối đa và giữ nguyên vị trí như vậy trong một vài phút rồi trở về vị trí ban đầu.



- Hoặc bệnh nhân nằm ngửa, hai chân gấp, hai tay cài các ngón vào nhau vòng qua gối, kéo hai gối về phía ngực, đồng thời nâng đầu, vai và thân mình phía trên lên khỏi mặt giường, giữ như vậy vài phút rồi trở lại vị trí ban đầu.



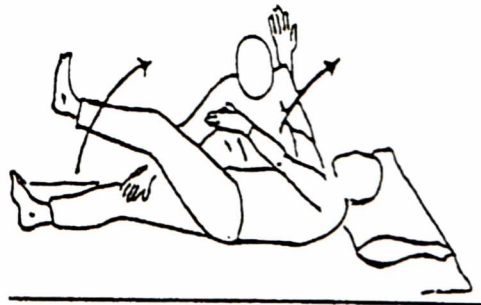
- Ước chế co cứng ở tay: người tập thực hiện động tác vận động ngược lại với mẫu co cứng ở cẳng tay, cổ tay và các ngón tay của bệnh nhân. Cụ thể là làm xoay ngửa cẳng tay, làm gấp khớp cổ tay về phía mu, làm duỗi, dạng ngón tay cái và các ngón khác.



4. Tập lăn từ nằm ngửa sang nằm nghiêng về phía bên liệt

Tập lăn trở để thay đổi tư thế khi nằm là bài tập vận động sớm nhất đối với bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não trong chương trình phục hồi chức năng.

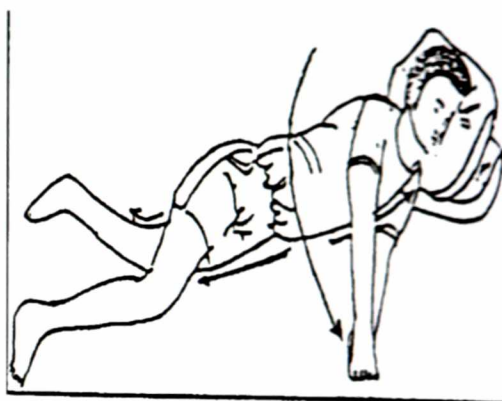
- Người tập đứng về phía bên liệt, hướng dẫn bệnh nhân nằm ngửa; nâng đầu, chân và tay lành lên, đưa sang phía bên liệt và lăn người sang theo. Người tập giúp bệnh nhân dạng khớp vai, xoay khớp háng bên liệt ra ngoài khi chân và tay lành đưa sang.



Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

- Bệnh nhân có thể tự tập bằng cách nâng đầu, chân và tay lành lên. Sau đó quay đầu, đưa chân, tay lành sang phía bên liệt và lăn người sang theo, đồng thời xoay chân liệt ra ngoài khi chân và tay lành đưa sang.



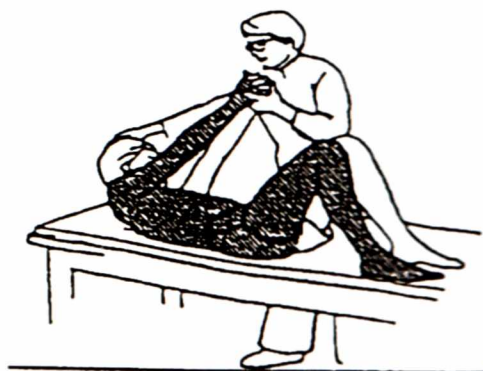
- Tập lăn từ vị thế nằm nghiêng phía bên liệt về nằm ngửa làm ngược lại với vận động trên.

5. Tập lăn từ nằm ngửa sang nằm nghiêng về phía bên lành

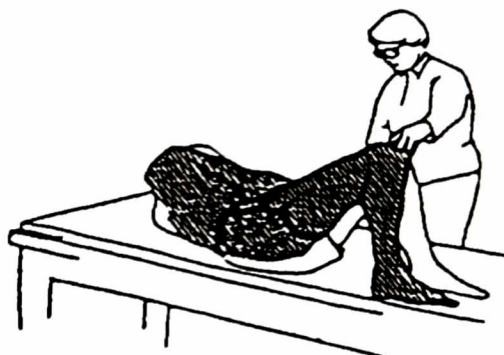
- Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân gấp, lòng bàn chân sát trên mặt giường, hai tay cài các ngón vào nhau, duỗi thẳng ra trước. Người tập đứng về phía bên không liệt của bệnh nhân giúp hoặc hướng dẫn bệnh nhân giữ hai tay duỗi thẳng, hai chân gấp.



- Hướng dẫn hoặc giúp bệnh nhân nâng đầu, vai và thân mình phía trên lên khỏi mặt giường rồi quay mặt sang phía bên lành, dùng tay lành đưa tay liệt và xoay phần thân mình phía trên về phía bên lành.



- Đồng thời bệnh nhân nghiêng hai chân về phía bên lành và cùng xoay phần thân mình còn lại sang theo. Sau đó kê đỡ bệnh nhân ở vị thế nằm nghiêng về phía bên lành theo mẫu phục hồi như đã mô tả ở trên.



☞ Tập lăn từ vị thế nằm nghiêng bên lành sang nằm ngửa làm ngược lại với vận động trên.

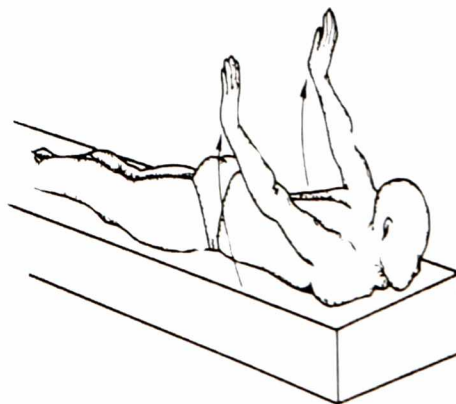
6. Tập vận động vai tay bên liệt có sự trợ giúp của tay lành

Nguyên tắc của phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người là khuyến khích bệnh nhân tập vận động đồng thời cả phía bên lành và phía bên liệt, bệnh nhân tự tập là chính, người tập chỉ trợ giúp một phần hoặc toàn bộ động tác khi bệnh nhân không tự họ làm được.

Tập vận động vai tay bên liệt có sự hỗ trợ của tay lành là một trong các bài tập vận động sớm nhất cần được thực hiện cùng với kỹ thuật vị thế để phòng ngừa các thương tật thứ cấp, các biến chứng và di chứng rất hay gặp của khớp vai đặc biệt là đau vai, và hội chứng vai tay.

Bài tập vận động này đồng thời cũng là những bước tạo thuận quan trọng cho quá trình phục hồi chức năng của vai tay và toàn thân sau này.

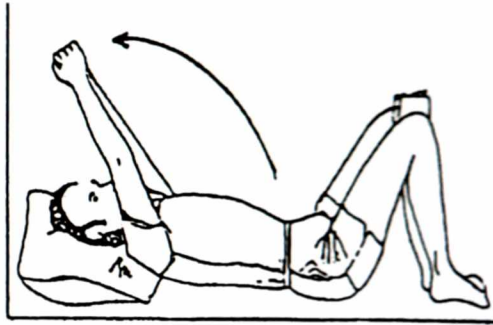
- Để ức chế co cứng gập của đai vai và tay, người tập hướng dẫn bệnh nhân nằm sấp trên giường hoặc trên đệm, hai tay duỗi thẳng dọc theo thân mình, lòng bàn tay hướng lên trên, sau đó tập duỗi khớp vai nâng hai tay lên khỏi mặt giường càng cao càng tốt.



Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

- Bệnh nhân nằm ngửa trên giường hoặc trên đệm tập, hai chân gấp, duỗi hoặc bắt chéo nhau. Người tập hướng dẫn bệnh nhân cài các ngón tay hai bên vào nhau, duỗi thẳng hai tay ra trước, đưa lên phía đầu càng nhiều càng tốt cho đến khi hai bàn tay sát trên mặt giường.

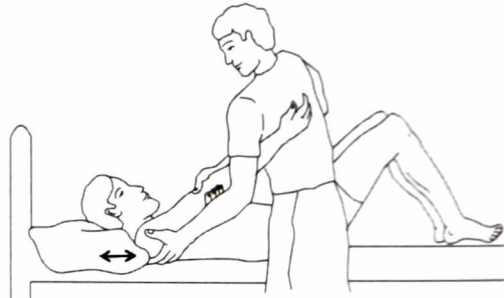


Giữ hai tay ở vị trí đó trong vài chục giây rồi đưa trở lại vị trí xuất phát ban đầu, sau đó tập lại như trước. Lưu ý bệnh nhân luôn giữ khớp khuỷu và cổ tay hai bên duỗi trong khi tập.

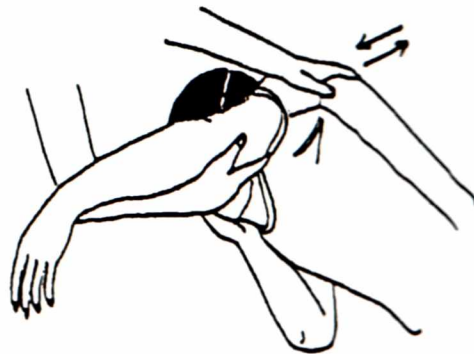


7. Tập vận động khớp vai bên liệt ra trước

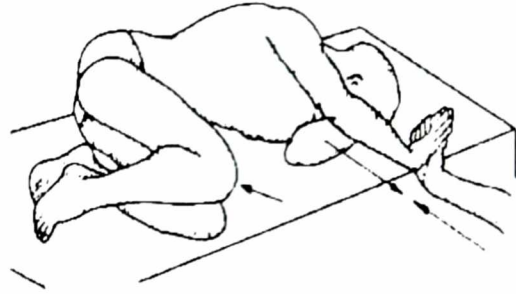
- Bệnh nhân nằm ngửa ở tư thế thoải mái, hai chân gấp, người tập đứng về phía bên liệt, một tay đỡ vai, tay kia nắm giữ và đỡ khuỷu tay bệnh nhân ở tư thế duỗi. Sau đó, nhẹ nhàng tập vận động khớp vai bên liệt của bệnh nhân ra phía trước và lên phía trên.



- Có thể hướng dẫn bệnh nhân nằm nghiêng về bên lành, người tập đứng bên cạnh hơi chếch lên phía đầu, một tay đỡ khớp vai bên liệt, tay kia đỡ cho khuỷu tay duỗi. Sau đó, tập vận động khớp vai bên liệt lên trên, ra trước, ngược lại với mẫu cơ cứng.



- Hoặc bệnh nhân nằm nghiêng về bên lành, hai chân gấp. Người tập giúp hoặc hướng dẫn bệnh nhân duỗi thẳng tay liệt, áp sát lòng bàn tay vào lòng bàn tay của mình, gấp khớp cổ tay về phía mu, rồi đẩy vào bàn tay người tập để đưa vai và tay liệt ra trước.

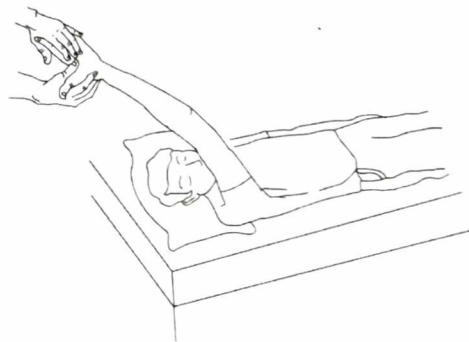


8. Tập kiểm soát vận động tay liệt

- Bệnh nhân nằm ngửa trên giường hoặc bàn tập, người tập đứng về phía bên liệt của bệnh nhân, giúp hoặc hướng dẫn bệnh nhân duỗi thẳng tay liệt ra trước; đồng thời làm duỗi, dạng ngón tay cái và các ngón tay khác đến mức tối đa.



- Sau đó giúp hoặc hướng dẫn bệnh nhân gấp khớp vai, đưa tay liệt lên phía trên đầu đến các vị trí khác nhau theo yêu cầu của người tập, rồi trở lại vị trí khởi đầu và làm lại như cũ. Lưu ý bệnh nhân luôn giữ khớp khuỷu tay bên liệt duỗi trong khi tập.



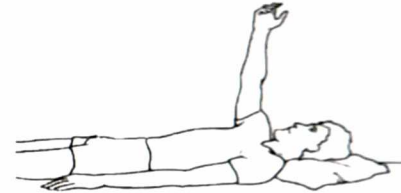
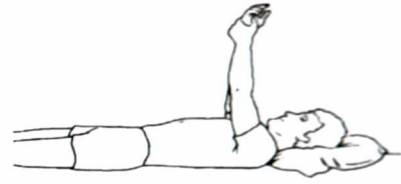
- Bệnh nhân nằm ngửa, người tập giúp bệnh nhân duỗi thẳng tay liệt ra trước vuông góc với thân mình, sau đó yêu cầu bệnh nhân gấp khuỷu tay lại, đặt lòng bàn tay liệt lên vai bên lành, hoặc lên trán, rồi duỗi tay liệt trở về vị trí ban đầu và tập lại.



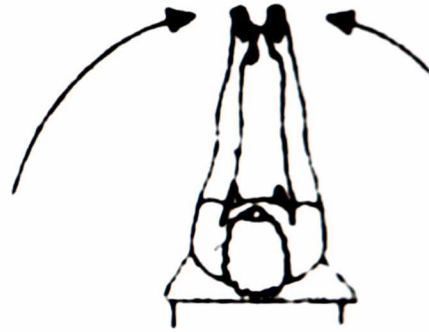
Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

- Người tập hướng dẫn bệnh nhân dùng bàn tay bên lành nắm giữ bàn tay bên liệt rồi duỗi thẳng hai tay ra phía trước. Sau đó, yêu cầu bệnh nhân thả tay lành ra, tự giữ tay liệt duỗi thẳng ở vị trí nói trên rồi tập gấp tay liệt, đặt lòng bàn tay lên vai bên lành hoặc lên trán như đã nói ở trên.



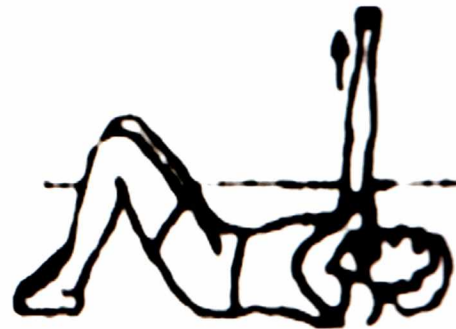
- Bệnh nhân nằm ngửa trên giường, hai tay dang ngang vai, người tập hướng dẫn bệnh nhân đưa hai tay duỗi thẳng về phía trước. Sau đó, đưa hai tay lên phía đầu, rồi xuống phía chân. Giữ hai bàn tay ở một khoảng cách nhất định, không sát nhau.



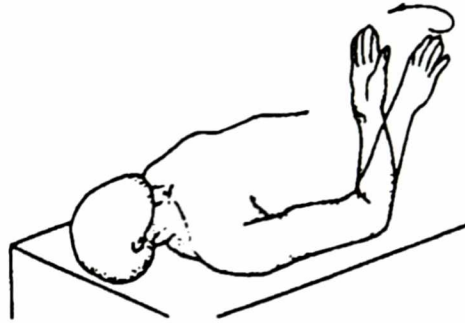
- Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân gấp, lòng bàn chân hai bên sát mặt giường, hai tay duỗi thẳng ra trước. Người tập hướng dẫn bệnh nhân vận động luân phiên hai tay lên phía đầu và xuống phía chân như trong hình vẽ.



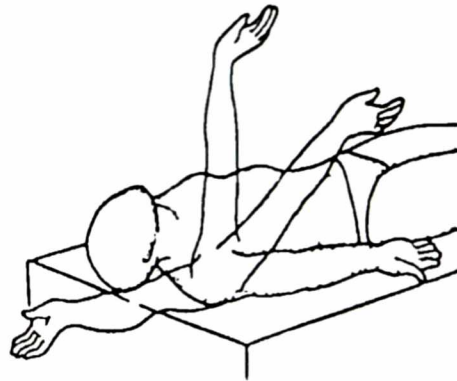
- Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân gấp, người tập hướng dẫn bệnh nhân duỗi thẳng hai tay ra phía trước. Sau đó luân phiên tập gấp một tay trước ngực, tay kia duỗi thẳng, rồi tiếp tục làm ngược lại như vậy đối với tay kia như trong hình vẽ.



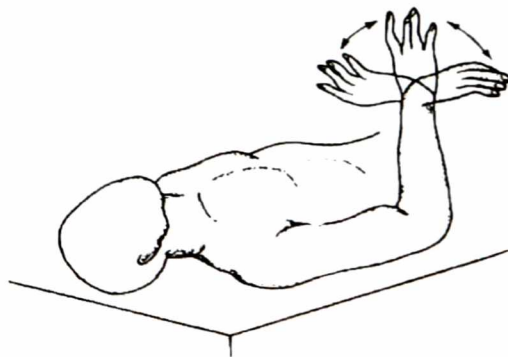
- Hoặc hướng dẫn bệnh nhân tự tập vận động bằng cách nằm ngửa trên giường hoặc bàn tập, tay duỗi dọc theo thân mình. Sau đó, gấp khớp khuỷu tay bên liệt vuông góc, rồi lần lượt tập quay sấp, và xoay ngửa cẳng tay.



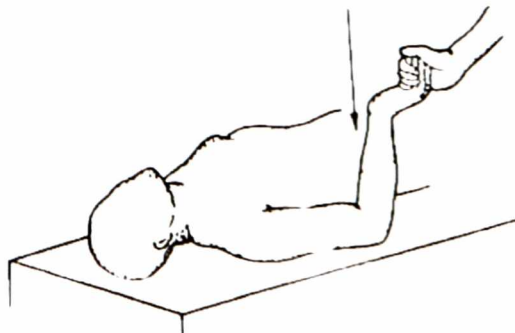
- Cũng có thể hướng dẫn bệnh nhân tự tập bằng cách nằm ngửa như trên, duỗi thẳng hai tay dọc theo thân mình trên mặt giường. Sau đó, tập gấp khớp vai, nâng tay liệt lên khỏi mặt giường, đưa tay liệt lên phía đầu đến các vị trí khác nhau như trong hình vẽ.



- Bệnh nhân nằm ngửa trên giường hoặc trên bàn tập. Người tập hướng dẫn bệnh nhân gấp khớp khuỷu tay bên liệt vuông góc với mặt giường. Sau đó, tập gấp khớp cổ tay lần lượt về phía lòng bàn tay sau đó về phía mu bàn tay nhiều lần như trong hình vẽ.



- Bệnh nhân nằm ngửa như trên, khớp khuỷu tay bên liệt gấp vuông góc với mặt giường. Người tập hướng dẫn bệnh nhân gấp khớp cổ tay về phía mu đến mức tối đa. Sau đó, hỗ trợ bệnh nhân tập gấp khớp bàn ngón của các ngón tay

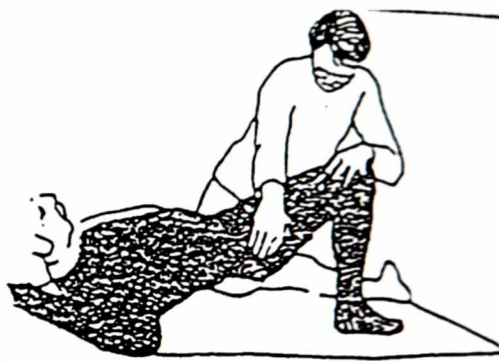


9. Tập dồn trọng lượng lên chân liệt

- Bệnh nhân nằm ngửa, chân bên lành duỗi, chân bên liệt gấp, lòng bàn chân sát trên mặt giường. Người tập đứng về phía bên liệt hoặc phía bên lành, đỡ khớp gối và khớp háng bên liệt của bệnh nhân để chân không đổ hoặc xoay khi vận động.



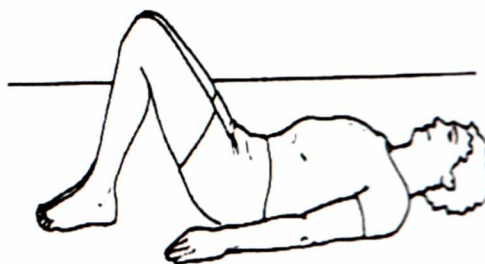
- Yêu cầu bệnh nhân nâng hông và thân mình phía bên liệt lên khỏi mặt giường để dồn trọng lượng lên chân liệt.



Người tập giúp bệnh nhân duỗi khớp háng bên liệt và giữ khớp gối bên liệt cố định ở tư thế gấp, lòng bàn chân vẫn sát trên mặt giường.

10. Tập làm cầu, dồn trọng lượng lên hai chân và chân liệt

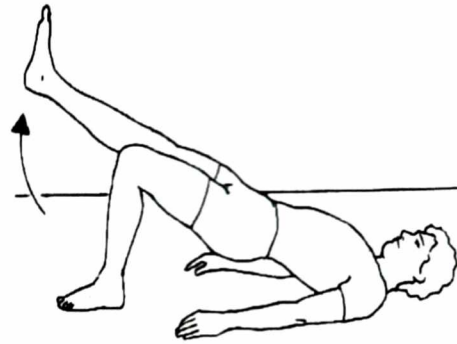
- Bệnh nhân nằm ngửa, hai gối gấp, hai bàn chân cách nhau 15 - 20 cm, hai tay duỗi thẳng, dọc theo thân. Người tập giúp hoặc hướng dẫn bệnh nhân giữ chân liệt không bị đổ hoặc duỗi.



- Yêu cầu bệnh nhân nâng mông lên khỏi mặt giường, giữ cho hai bên hông ngang bằng nhau, khớp gối hai bên gấp như cũ, hai bàn chân giữ sát trên mặt giường.



- Yêu cầu bệnh nhân duỗi thẳng chân lành ra và vẫn giữ ở vị thế nâng lên khỏi mặt giường để toàn bộ trọng lượng của thân mình dồn lên chân bên liệt.



Dồn trọng lượng lên chân liệt là một trong các bài tập cần làm ngay khi bệnh nhân bắt đầu có vận động chủ động ở chân. Chịu trọng lượng là sự cảm nhận cần thiết sớm nhất góp phần rất quan trọng cho khả năng đi của bệnh nhân sau này.

11. Tập vận động riêng từng khớp

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não thường có vận động khối trong phản ứng liên hợp nên việc thực hiện chức năng của bệnh nhân sẽ khó khăn. Tập vận động riêng từng khớp là một trong những bài tập quan trọng giúp người bệnh kiểm soát được vận động riêng của các khớp và vận động phối hợp các khớp với nhau để thực hiện các chức năng cụ thể.

11.1. Tập dạng, khép khớp háng (khớp gối cố định gấp, duỗi)

- Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân gấp, lòng bàn chân hai bên sát trên mặt giường cách nhau khoảng 10cm. Người tập hướng dẫn hoặc giúp bệnh nhân tập dạng khớp háng bên liệt (ngả khớp gối ra phía ngoài).



Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

- Khép khớp háng bên liệt bằng cách đưa khớp gối bên liệt vào phía trong, về phía khớp gối bên lành.

Lưu ý: trong khi tập vận động, bệnh nhân phải giữ nguyên bàn chân bên liệt ở vị trí cũ, không để hai bàn chân sát tựa vào nhau trong khi thực hiện động tác.

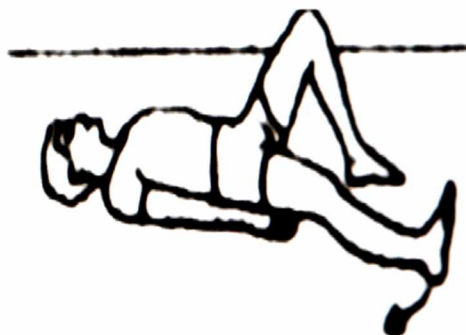


- Bệnh nhân nằm ngửa, hai tay duỗi dọc theo thân mình, hai chân gấp, hai bàn chân cạnh nhau sát trên mặt giường.



Người tập yêu cầu bệnh nhân ngả hai gối sang hai bên (dạng khớp háng) sau đó đưa hai gối về sát nhau (khép khớp háng).

- Bệnh nhân nằm ngửa, chân lành gấp, chân liệt duỗi. Người tập hướng dẫn bệnh nhân đưa chân liệt ra phía ngoài (dạng khớp háng), sau đó đưa về vị trí cũ (khép khớp háng). Gót chân liệt có thể sát trên mặt giường hoặc nâng lên khỏi mặt giường khi vận động.

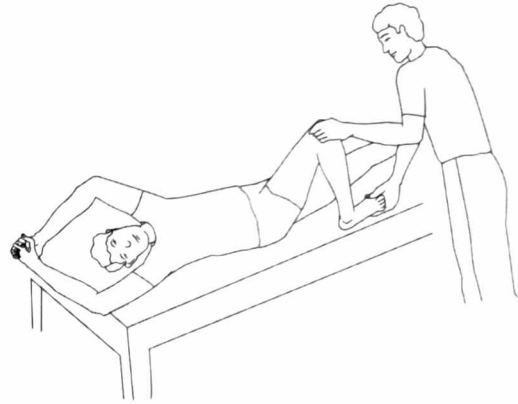


- Bệnh nhân nằm nghiêng về phía bên lành, gối đầu lên tay lành, chân lành gấp, chân liệt duỗi thẳng. Người tập hướng dẫn bệnh nhân nâng chân liệt lên (dạng khớp háng), sau đó đưa trở về vị thế ban đầu rồi làm lại như cũ.

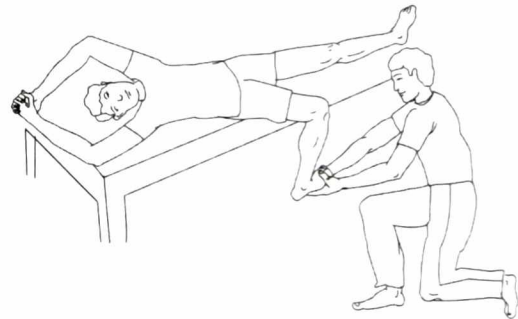


11.2. Tập gấp, duỗi riêng khớp háng (khớp gối cố định gấp)

- Bệnh nhân nằm ngửa, chân lành duỗi, chân liệt gấp, bàn chân bên liệt đặt cạnh mép giường. Người tập hướng dẫn bệnh nhân cài các ngón tay hai bên vào nhau, đưa lên phía đầu, rồi yêu cầu bệnh nhân nhấc bàn chân liệt lên khỏi mặt giường, lưu ý giữ không cho chân liệt bị đổ.

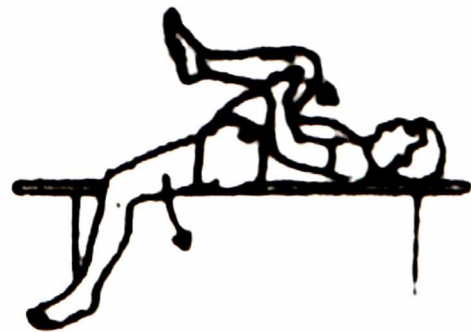


- Đưa bàn chân liệt ra ngoài mép giường, xuống sàn nhà (duỗi khớp háng) rồi nâng chân liệt lên, đưa trở về vị trí cũ trên mặt giường (gấp khớp háng). Người tập tạo thuận bằng cách giữ khớp cổ chân bên liệt gấp về phía mu.



11.3. Tập gấp, duỗi riêng khớp gối, khớp háng cố định duỗi

- Bệnh nhân nằm ngửa trên giường hoặc bàn tập, phía bên liệt sát mép giường. Người tập hướng dẫn bệnh nhân gấp chân lành, dùng hai tay giữ cố định chân lành, sau đó đưa chân liệt ra khỏi mép giường rồi tập gấp và duỗi khớp gối.



- Bệnh nhân nằm nghiêng về phía bên lành, gối đầu lên tay lành, chân lành hơi gấp. Người tập hướng dẫn bệnh nhân duỗi thẳng chân liệt, sau đó nâng chân liệt lên khỏi mặt giường rồi tập gấp, duỗi khớp gối bên liệt.

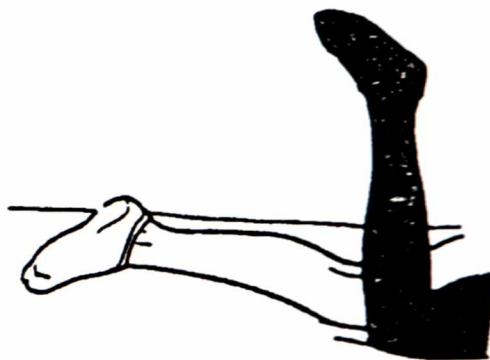


11.4. Tập gấp, duỗi khớp gối bên liệt ở tư thế nằm sấp

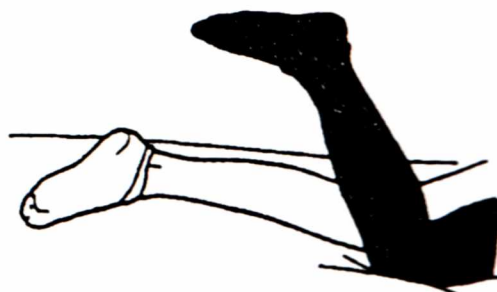
Vận động của khớp gối giữ vai trò rất quan trọng trong quá trình tập đứng và tập đi của bệnh nhân. Tập vận động và kiểm soát vận động của khớp gối bên liệt cần được thực hiện ngay khi bệnh nhân bắt đầu có biểu hiện của vận động chủ động ở chân.

Bệnh nhân cần được tập gấp và duỗi khớp gối bắt đầu ở tư thế nằm ngửa, sau đó nằm sấp, rồi tiếp theo ở các tư thế ngồi và đứng để tạo thuận cho tập luyện dáng đi và tập đi sau này.

- Bệnh nhân nằm sấp, người tập hướng dẫn bệnh nhân giữ khớp gối bên liệt gấp 90° căng chân vuông góc. Sau đó, yêu cầu bệnh nhân tập gấp khớp gối (đưa gót chân về phía mông) rồi duỗi gối (đưa căng chân trở lại vị trí vuông góc lúc đầu) và tập lại như cũ.



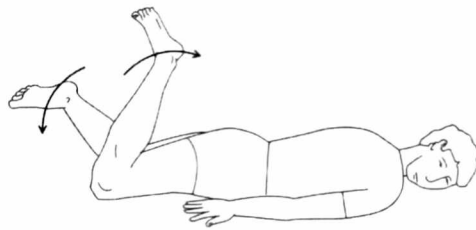
- Khi bệnh nhân đã thực hiện tốt vận động ở vị thế này, người tập yêu cầu hoặc giúp bệnh nhân giữ chân liệt ở vị trí khớp gối duỗi hơn 90° . Sau đó tập gấp khớp gối, rồi duỗi khớp gối trở lại vị trí cũ và tập như trước.



- Tăng thêm mức độ duỗi khớp gối để tập gấp, cho đến khi bệnh nhân có thể tự giữ và gấp, duỗi khớp gối ở các vị trí khác nhau của cẳng chân, kể cả khi bệnh nhân nằm sấp, hai chân duỗi thẳng trên giường.



- Bệnh nhân nằm sấp, hai tay duỗi dọc theo thân. Người tập hướng dẫn bệnh nhân lần lượt gấp khớp gối bên liệt, duỗi khớp gối bên lành. Sau đó duỗi khớp gối bên liệt và gấp khớp gối bên lành. Tập luân phiên nhiều lần như vậy.

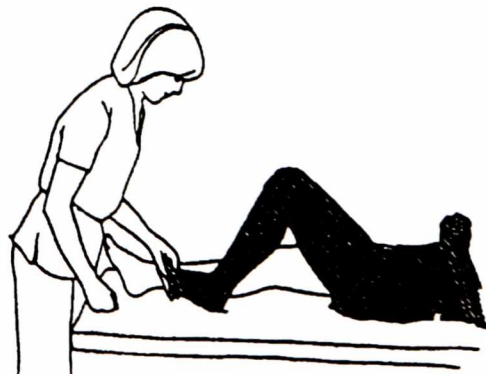


11.5. Tập gấp, duỗi khớp cổ chân

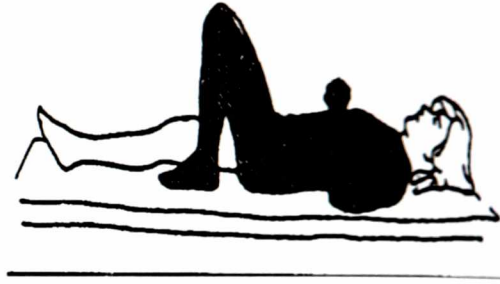
Một trong những di chứng hay gặp nhất ảnh hưởng đến khả năng đi của bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não là co rút gân gót gây nên “bàn chân thuổng”.

Vì co cứng hoặc co rút gân gót làm cho khớp cổ chân gấp về phía lòng bàn chân, do đó khi bước đi bệnh nhân không gấp bàn chân lên được mà phải cố nâng hông bên liệt cao lên và kéo chân liệt theo, tạo nên dáng đi “phát cỏ”.

- Bệnh nhân nằm ngửa, chân lành duỗi, khớp gối bên chân liệt gấp khoảng 45° (vị trí dễ gấp và duỗi khớp cổ chân dễ nhất). Người tập hướng dẫn và tập cho bệnh nhân gấp và duỗi khớp cổ chân bên liệt bằng cách giữ các ngón chân gấp về phía mu bàn chân.



- Khi bệnh nhân đã tự thực hiện được các động tác gấp, duỗi khớp cổ chân ở vị trí đó dễ dàng, người tập tiếp tục hướng dẫn bệnh nhân tập gấp, duỗi khớp cổ chân ở các vị trí mà khớp gối và khớp háng gấp, duỗi ở các mức độ khác nhau.



12. Tập kiểm soát vận động chân liệt

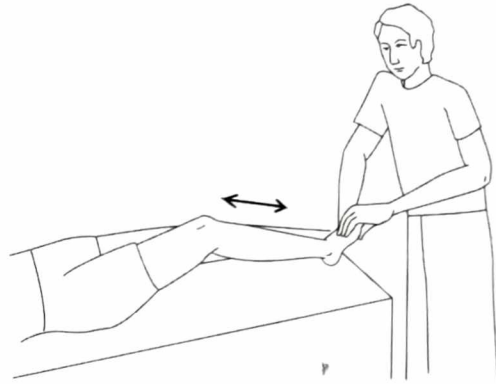
Trong phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não, người tập không chỉ đơn thuần hướng dẫn bệnh nhân thực hiện các vận động gấp, duỗi, dạng, khép, xoay chi bị liệt mà phải giúp bệnh nhân chủ động kiểm soát được các vận động đó ở các vị thế và mức độ khác nhau.

Chủ động kiểm soát vận động có nghĩa là bệnh nhân có thể tự thực hiện các vận động đó hết tầm vận động đồng thời có thể giữ chi bị liệt ở những vị trí và mức độ khác nhau, cũng có nghĩa là bệnh nhân có thể tự thực hiện các vận động riêng cho từng khớp để thực hiện một chức năng nào đó.

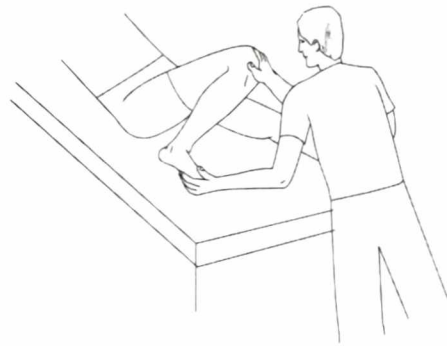
- Bệnh nhân nằm ngửa, chân bên lành duỗi. Người tập đứng về phía bên liệt của bệnh nhân, hai tay nắm giữ bàn chân bên liệt ở vị thế gấp khớp cổ chân về phía mu.



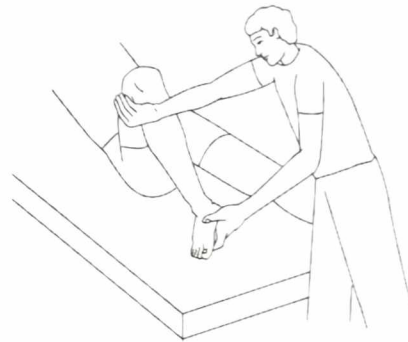
Hướng dẫn, giúp và tạo thuận cho bệnh nhân tập gấp và duỗi chân bên liệt ở những mức độ và vị trí khác nhau. Bài tập này giúp bệnh nhân chủ động kiểm soát vận động. Nghĩa là họ có thể gấp, duỗi và giữ chân ở những vị trí khác nhau theo yêu cầu của người tập.



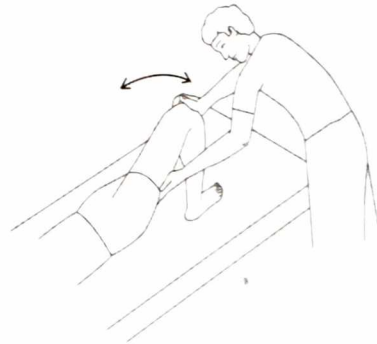
- Người tập giữ bàn chân bên liệt của bệnh nhân gấp về phía mu, sau đó nâng chân lên khỏi mặt giường, gấp khớp háng và khớp gối lại rồi yêu cầu bệnh nhân đưa khớp gối vào trong (xoay khớp háng vào trong).



- Người tập yêu cầu bệnh nhân giữ cho chân bên liệt không đổ, rồi ngả khớp gối ra ngoài đến mức tối đa (xoay khớp háng ra ngoài) rồi tiếp tục đưa khớp gối vào trong và ra ngoài như đã làm ở trên.

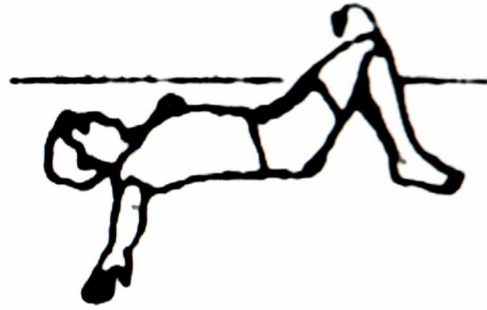


- Bệnh nhân nằm ngửa, chân lành duỗi, chân liệt gấp, lòng bàn chân sát trên mặt giường. Yêu cầu bệnh nhân nâng mông lên khỏi mặt giường bằng chân liệt, sau đó tập khép và dạng khớp háng bên liệt.

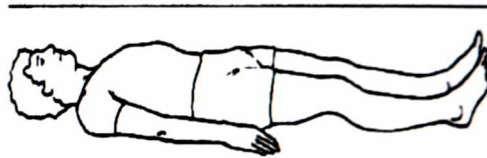


13. Tập vận động luân phiên hai chân

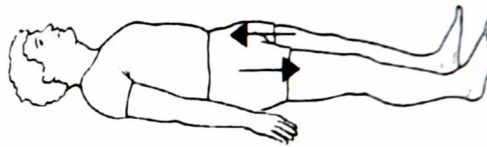
- Bệnh nhân nằm ngửa, hai tay dang ngang vai, hai chân gấp. Người tập hướng dẫn bệnh nhân ngả hai gối về bên lành sau đó ngả về bên liệt đến mức tối đa để làm giảm co cứng ở chân bên liệt và thân mình.



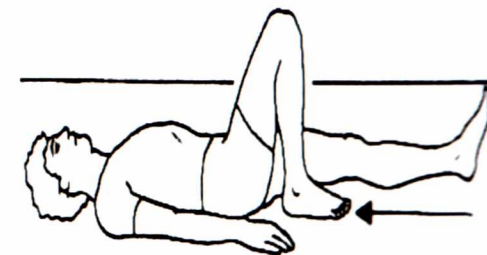
- Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn tập hoặc trên giường, đầu và thân mình thẳng, hai tay duỗi dọc theo thân mình hoặc duỗi dạng ngang vai, hai chân duỗi, thư giãn, hai gót chân sát trên mặt giường.



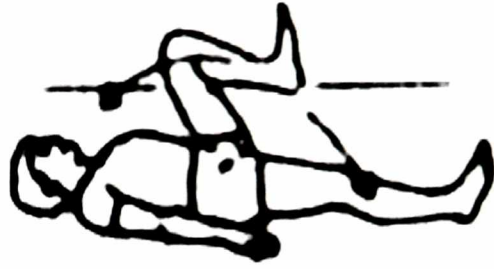
- Người tập hướng dẫn bệnh nhân tập vận động kéo hông và chân bên trái lên phía trên đầu, đồng thời đẩy hông và chân bên phải xuống phía dưới chân luân phiên ngược chiều nhau, rồi làm ngược lại như vậy.



- Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi. Người tập hướng dẫn bệnh nhân tập gấp chân liệt đến mức tối đa, rồi duỗi trở lại tư thế ban đầu. Lưu ý bệnh nhân luôn giữ lòng bàn chân bên liệt sát trên mặt giường trong khi gấp và duỗi chân bên liệt.



- Với tư thế nằm như trên, người tập hướng dẫn bệnh nhân tập gấp chân liệt, duỗi chân lành đến mức tối đa, sau đó gấp chân lành duỗi chân liệt đến mức tối đa luân phiên như trong hình vẽ.



- Bệnh nhân nằm ngửa, hai tay duỗi dọc theo thân, người tập hướng dẫn bệnh nhân gấp hai chân cho đến khi khớp háng và khớp gối hai bên vuông góc, sau đó gấp và duỗi từng chân luân phiên như đạp xe đạp.



Chương 10

TẬP VẬN ĐỘNG Ở TƯ THẾ NGỒI

1. Nguyên tắc chung

Trong phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người, người tập phải giúp bệnh nhân ngồi dậy và ra khỏi giường càng sớm càng tốt khi bệnh cảnh lâm sàng và tình trạng toàn thân của bệnh nhân cho phép.

Có thể tập cho bệnh nhân ngồi dậy từ vị thế nằm nghiêng phía bên liệt hoặc nằm nghiêng phía bên lành. Tùy khả năng vận động chủ động của bệnh nhân mà người tập có sự trợ giúp phù hợp nhiều hay ít để bệnh nhân có thể tự thực hiện được vận động theo mẫu vận động bình thường.

2. Ngồi dậy từ vị thế nằm nghiêng phía bên liệt

- Người tập đứng về phía bên liệt, giúp bệnh nhân nằm nghiêng phía bên liệt sát mép giường, hai chân gập. Tay bên liệt duỗi thẳng ra trước, vuông góc với thân mình, bàn tay bên lành chống lên mặt giường, phía trên tay liệt.



- Người tập hướng dẫn hoặc giúp bệnh nhân đưa hai chân ra ngoài mép giường, rồi nâng đầu và vai lên khỏi mặt giường với sự hỗ trợ của tay bên lành và tay bên liệt.



- Đồng thời bệnh nhân dùng tay lành và tay liệt đẩy thân mình lên để ngồi dậy. Người tập trợ giúp bệnh nhân thực hiện động tác bằng cách hỗ trợ bệnh nhân nâng đầu và vai lên, giữ bàn tay liệt cố định trên mặt giường trong khi vận động.



3. Ngồi dậy từ vị thế nằm nghiêng phía bên lành

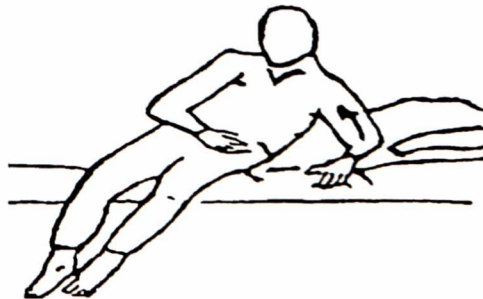
Bệnh nhân nằm nghiêng về phía bên lành, sát mép giường, nếu cần hỗ trợ người tập trợ giúp bệnh nhân ngồi dậy như đã làm đối với bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng phía bên liệt đã mô tả ở trên.

Khả năng phục hồi tốt nhất của bệnh nhân là khi tự họ thực hiện được vận động, người tập chỉ cần hướng dẫn, hoặc yêu cầu bệnh nhân thực hiện các động tác theo mẫu vận động bình thường. Các bước của động tác như sau:

- Bệnh nhân nằm nghiêng phía bên lành, sát mép giường, hai chân duỗi, cổ chân bên liệt đặt trên cổ chân bên lành, bàn tay lành nắm cổ tay liệt. Sau đó nâng đầu và vai lên khỏi mặt giường, chống khuỷu tay bên lành xuống mặt giường để đẩy phần thân mình phía trên lên khỏi mặt giường.



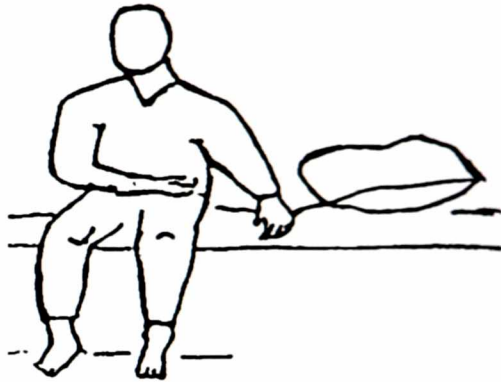
- Người tập tiếp tục hướng dẫn bệnh nhân dùng chân bên lành đưa cả hai chân ra ngoài mép giường. Sau đó, đẩy khuỷu tay và bàn tay bên lành xuống mặt giường để nâng đầu và thân mình phía trên lên khỏi mặt giường.



Phục Hồi chức năng

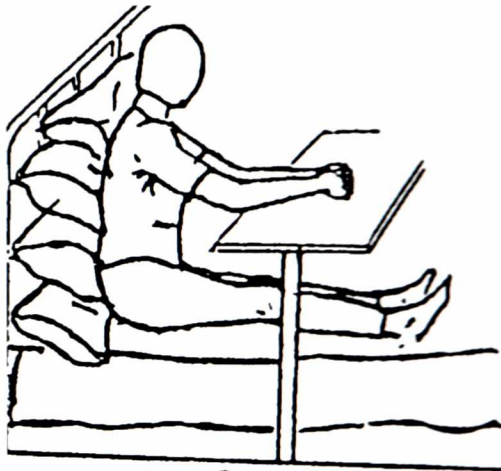
Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

- Người tập hướng dẫn bệnh nhân kết hợp đồng thời vận động nâng đầu, vai, thân mình lên và đẩy bàn tay lành xuống mặt giường, duỗi khuỷu tay và duỗi thẳng tay bên lành ra để đẩy thân mình lên và ngồi dậy trên mép giường.



4. Tư thế ngồi đúng

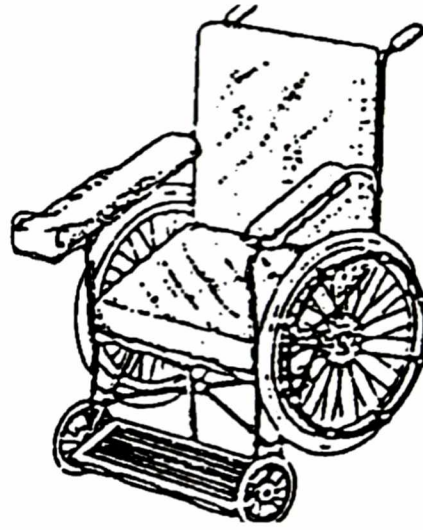
- Khi bệnh nhân ngồi trên giường, dùng gối đỡ phía lưng để giữ thân mình thẳng, cân xứng hai bên. Hai chân bệnh nhân duỗi thẳng trên mặt giường, không để chân liệt bị xoay và đổ ra ngoài. Hai tay có bàn đỡ phía trước, không để khớp vai bên liệt bị xệ xuống.



- Bệnh nhân ngồi trên ghế, ghế cần có chiều cao phù hợp để khi ngồi hai bàn chân sát trên sàn nhà, khớp cổ chân, khớp gối, khớp háng vuông góc, lưng thẳng, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông. Hai cẳng tay đặt lên mặt bàn phía trước, các ngón tay hai bên cài vào nhau.



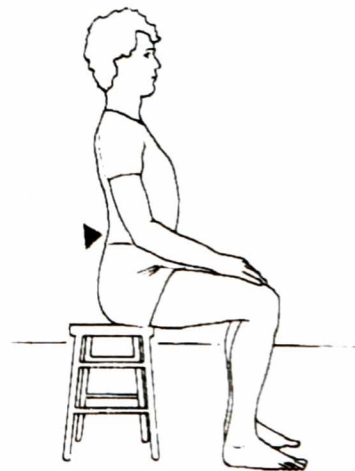
- Nếu để bệnh nhân ngồi trên xe lăn, cũng phải chọn xe lăn phù hợp với bệnh nhân: xe lăn có chỗ đặt bàn chân để giữ cho hai chân ở vị thế đúng, có tấm đỡ lưng để giữ cho lưng thẳng, có máng đỡ cẳng tay và bàn tay để giữ tay và vai bên liệt không bị kéo xệ xuống.



- Do cơ cứng duỗi ở hông, ở khớp háng và chân bên liệt nên bệnh nhân liệt nửa người thường ngồi ở tư thế không bình thường, đó là cong gập vùng thắt lưng ra phía sau, cúi đầu về phía trước, duỗi khớp háng để bù trừ và giữ thẳng bằng trong khi ngồi.



- Bệnh nhân cần được hướng dẫn ngồi đúng vị thế trước khi tập vận động. Đó là ngồi thẳng lưng, khớp háng gập, thân mình cân xứng, hai bàn chân sát trên sàn nhà, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai chân. Hướng dẫn bệnh nhân tập động tác này như là “đưa rốn ra phía trước” để ngồi thẳng lưng lên.



5. Tập ngồi thẳng bằng

Trước khi thực hiện các bài tập vận động ở vị thế ngồi, bệnh nhân cần phải tập để tự ngồi, tự điều chỉnh và giữ được thẳng bằng khi ngồi kể cả ở trạng thái tĩnh và động.

Thẳng bằng tĩnh là bệnh nhân ngồi, giữ đầu và thân mình thẳng, cân đối hai bên, không vận động đầu, thân mình hoặc chân tay. Thẳng bằng động là bệnh nhân ngồi sau đó vận động đầu, thân mình hoặc tay chân. Tập thẳng bằng động như sau:

- Bệnh nhân ngồi trên bàn, trên ghế, trên xe lăn hoặc trên giường tập có chiều cao phù hợp, hai bàn chân sát trên sàn nhà, đầu và thân mình thẳng, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông và hai chân, hai tay thả lỏng dọc theo thân mình.



Người tập hỏi bệnh nhân một số đồ vật nào đó ở phía sau và yêu cầu bệnh nhân quay đầu qua vai bên liệt, rồi qua vai bên lành nhìn ra phía sau để nói tên những đồ vật đó. Hoặc bệnh nhân ngồi thẳng sau đó tập nghiêng người sang hai bên, cúi về phía trước, ngửa ra phía sau.

Hoặc bệnh nhân ngồi thẳng sau đó đưa tay hoặc chân ra trước, lên trên, sang hai bên, ra phía sau. Có thể tập ngồi thẳng bằng cho bệnh nhân bằng các dụng cụ đơn giản tự làm như bàn, ghế bập bênh, bóng tập...

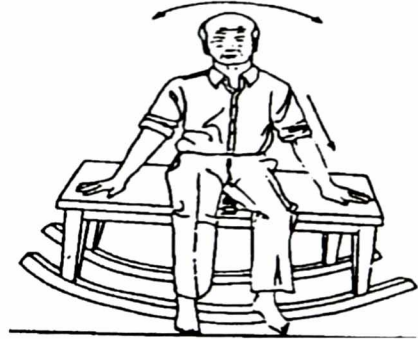
- Người tập hướng dẫn bệnh nhân ngồi trên ghế, hai bàn chân đặt trên sàn nhà hoặc nhấc lên khỏi sàn nhà (nếu thẳng bằng tốt), thân mình thẳng, trọng lượng dồn đều lên hai bên mông, hai cẳng tay và bàn tay đặt trên phần đỡ tay của ghế..



- Hướng dẫn bệnh nhân cúi để dồn trọng lượng ra trước trên hai chân, rồi ngửa người ra sau để dồn trọng lượng về phía sau trên hai mông. Lưu ý, bệnh nhân vận động nhịp nhàng cùng với chuyển động của ghế về phía trước và ra phía sau.



- Cũng có thể làm một ghế bập bênh đơn giản để tập vận động sang hai bên. Bệnh nhân ngồi ở giữa, trọng lượng dồn đều lên hai mông, hai tay đặt trên mặt ghế, sau đó tập nghiêng người, dồn trọng lượng lần lượt sang hai bên mông.

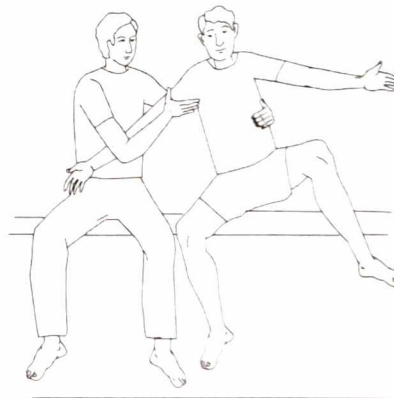


6. Tập ngồi dồn trọng lượng lần lượt sang hai bên mông

Bình thường do ảnh hưởng của phản xạ điều chỉnh thăng bằng và tư thế nên khi ngồi, nếu trọng lượng cơ thể dồn sang mông bên nào thì cơ thể sẽ nghiêng về bên đó, thân mình bên đó sẽ kéo dài ra và vai sẽ nâng cao hơn.

Bệnh nhân liệt nửa người, do giảm hoặc mất khả năng điều chỉnh thăng bằng nên trọng lượng cơ thể thường dồn hầu hết sang phía bên lành, sự mất cân xứng này sẽ ngày càng tăng nếu bệnh nhân không được tập luyện sớm.

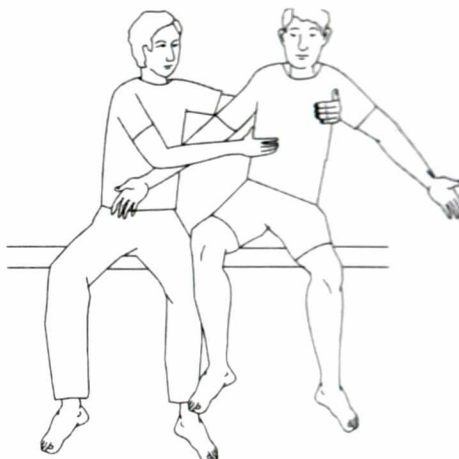
- Tập dồn trọng lượng sang mông bên liệt: người tập ngồi về phía bên liệt, bàn tay phải đặt dưới nách bên liệt, bàn tay trái ở thân mình bên lành. Sau đó, dùng tay trái kéo bệnh nhân về phía bên liệt và dùng tay phải nâng vai bên liệt lên, đồng thời yêu cầu bệnh nhân cùng phối hợp làm theo.



Phục Hồi chức năng

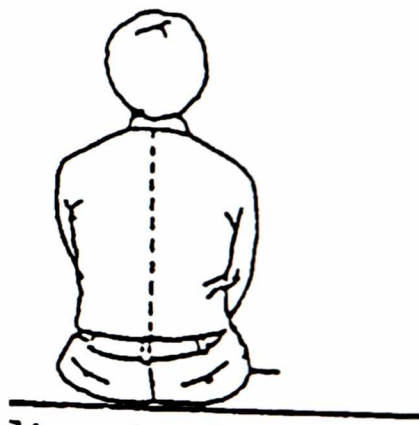
Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

- Dịch trọng lượng sang mông bên lành: người tập ngồi về phía bên liệt, bàn tay trái đặt dưới nách bên lành, bàn tay phải đặt vào thân mình bên liệt. Tạo thuận bằng cách kéo bệnh nhân về bên liệt bằng tay trái và đẩy bệnh nhân về phía bên lành bằng tay phải. Yêu cầu bệnh nhân cùng phối hợp làm theo.

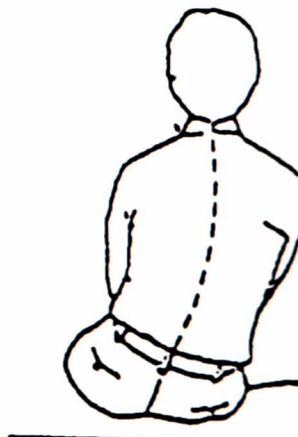


Khi bệnh nhân đã có thăng bằng và vận động tốt hơn ở vị thế ngồi, người tập cần hướng dẫn bệnh nhân tự tập vận động này, một số bài tập như sau:

- Bệnh nhân ngồi ở vị thế trung gian: thân mình thẳng, hai vai ngang bằng nhau, hai tay duỗi dọc thân mình hoặc đặt trên đùi, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông. Hai bàn chân đặt trên sàn nhà, hoặc nâng lên khỏi sàn nhà.



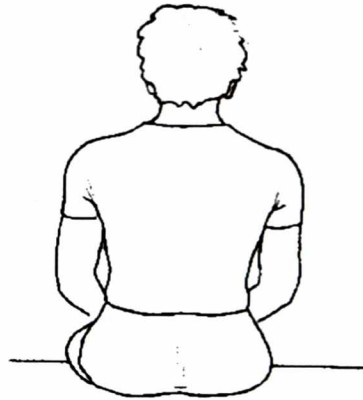
- Người tập hướng dẫn bệnh nhân tập chuyển trọng lượng sang và dồn trọng lượng lên mông bên phải bằng cách nghiêng người sang bên phải, làm dài thân mình phía bên phải và nâng vai bên phải cao lên. Sau đó trở lại vị thế ngồi thẳng ban đầu.



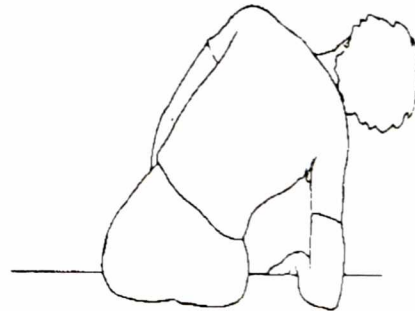
- Bệnh nhân tiếp tục tập chuyển trọng lượng sang bên trái và dồn trọng lượng lên mông bên trái bằng cách nghiêng người sang phía bên trái, làm dài thân mình phía bên trái ra và nâng vai bên trái cao lên.



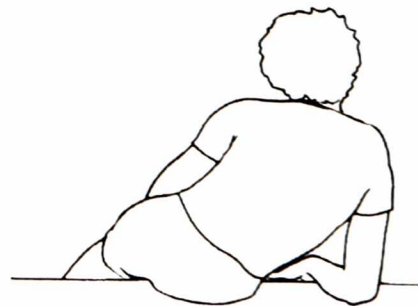
- Có thể hướng dẫn bệnh nhân tập vận động ở mức cao hơn bằng cách: ngồi trên bàn hoặc giường tập, thân mình thẳng, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông, hai bàn chân đặt sát trên sàn nhà hoặc nhấc lên khỏi sàn nhà (nếu đã có thăng bằng tốt).



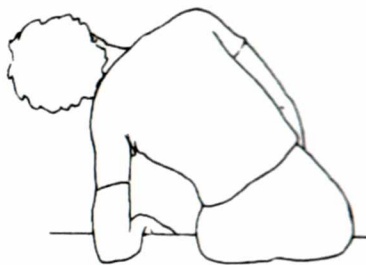
- Người tập hướng dẫn bệnh nhân chống bàn tay phải xuống mặt giường, sau đó nghiêng người sang bên phải, rồi gấp khuỷu tay phải lại, chống khuỷu tay lên mặt giường, chuyển trọng lượng cơ thể sang mông bên phải.



- Tiếp tục vận động hạ thấp thân mình phía bên phải xuống sát mặt giường để làm dài thân mình phía bên phải ra và đưa vai bên phải nâng cao lên, chuyển và dồn toàn bộ trọng lượng cơ thể lên mông và khuỷu tay phải.



- Trở lại vị thế ngồi thẳng ban đầu, rồi chống bàn tay trái xuống mặt giường, nghiêng người sang phía bên trái, gấp khuỷu tay trái lại, chống khuỷu tay trái lên mặt giường, chuyển trọng lượng cơ thể sang mông bên trái.



- Tiếp tục vận động hạ thấp thân mình phía bên trái xuống sát mặt giường để làm dài thân mình phía bên trái ra và đưa vai bên trái nâng cao lên, chuyển và dồn toàn bộ trọng lượng cơ thể lên mông và khuỷu tay trái.



7. Tập di chuyển ở tư thế ngồi: “Tập đi trên hai mông”

Đây là bài tập phối hợp vận động và điều chỉnh thăng bằng của tay, chân, thân mình và toàn thân. Bệnh nhân ngồi trên ghế, trên giường hoặc trên bàn tập; thân mình thẳng, cân đối hai bên; trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông; hai bàn chân nhấc lên khỏi sàn nhà. Người tập giúp hoặc hướng dẫn bệnh nhân lần lượt dồn và chuyển trọng lượng lên hai bên mông, vận động thân mình để di chuyển về phía sau hoặc ra phía trước.

+ Di chuyển về phía sau

- Người tập hướng dẫn bệnh nhân ngồi ở mép giường, hai bàn chân nhấc lên khỏi sàn nhà, hai tay hơi dẹt và duỗi dọc theo thân để giữ thăng bằng. Sau đó nghiêng người sang phía bên liệt, dồn trọng lượng lên mông bên liệt; nâng mông và chân lên khỏi mặt giường và xoay ra phía sau.



- Đặt mông bên lành xuống mặt giường; nghiêng người sang phía bên lành; dồn trọng lượng lên mông bên lành. Sau đó nâng mông và chân bên liệt lên khỏi mặt giường và xoay ra phía sau, rồi đặt mông bên liệt xuống mặt giường và làm lại như trên đối với bên lành.



+ Di chuyển ra phía trước: cách tập cũng tương tự như trên nhưng bệnh nhân tập di chuyển mông và thân mình lần lượt sang hai bên và ra phía trước.

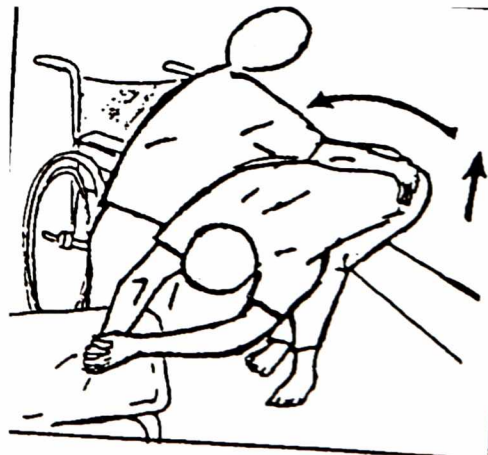
8. Tập di chuyển từ giường sang ghế, xe lăn và ngược lại

Muốn giúp bệnh nhân tập di chuyển vị trí ở tư thế ngồi như từ giường ra ghế, xe lăn hoặc ngược lại người tập cần chú ý:

- Các đồ vật để bệnh nhân di chuyển sang phải có chiều cao bằng nhau và tương xứng với bệnh nhân khi bệnh nhân ngồi.

- Các đồ vật đó phải được đặt về phía bên liệt của bệnh nhân, có nghĩa là bệnh nhân phải được di chuyển về phía bên liệt để sang chỗ ngồi mới. Ví dụ, chuyển bệnh nhân từ giường sang xe lăn được thực hiện theo các bước như sau:

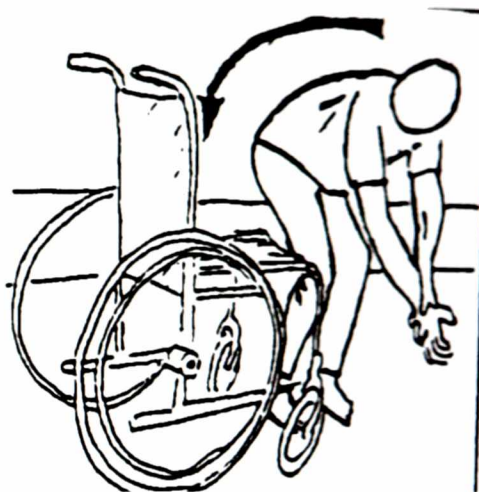
- Điều chỉnh giường và xe lăn để có chiều cao bằng nhau. Bệnh nhân ngồi ở mép giường, đặt xe lăn ở phía bên liệt, phanh cố định lại, tháo rời phần đỡ tay và chân của xe lăn. Người tập đứng về phía bên liệt giúp bệnh nhân cúi về phía trước, nâng mông lên và chuyển sang ngồi trên xe lăn.



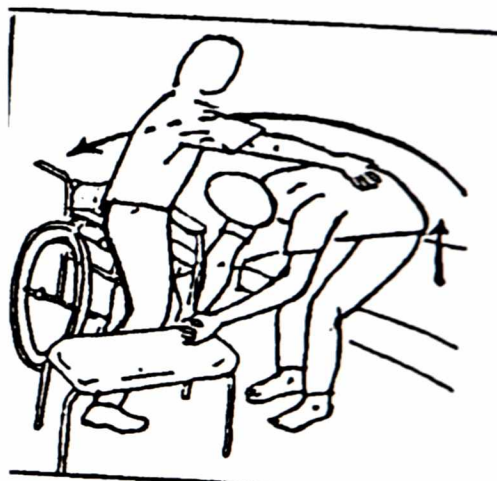
Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

- Sau khi đã nâng mông lên khỏi mặt giường, người tập hướng dẫn hoặc giúp bệnh nhân xoay mông và thân mình về phía xe lăn đã để ở bên liệt rồi ngồi xuống. Lắp trả lại phần đỡ tay và chân của xe lăn, giúp bệnh nhân ngồi đúng vị thế trong xe lăn như đã nói ở trên.



- Có thể hướng dẫn bệnh nhân tự tập bằng cách đặt phía trước một chiếc ghế có chiều cao và cách bệnh nhân một khoảng cách phù hợp để khi cúi xuống, đặt hai bàn tay lên mặt ghế, bệnh nhân đã ở vị thế dồn trọng lượng về phía trước đủ để nâng mông lên khỏi mặt giường và di chuyển.

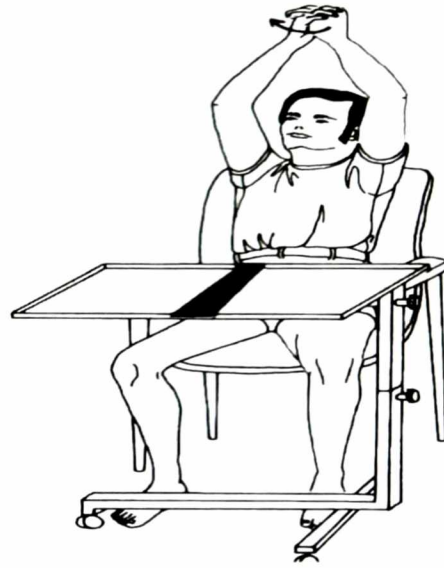


9. Tập vận động tay liệt có sự trợ giúp của tay lành

Tập vận động tay liệt có sự trợ giúp của tay lành là một trong những động tác tập rất sớm ở tư thế nằm. Vận động này cũng cần được thực hiện ngay khi bệnh nhân ngồi dậy trên giường, trên ghế hoặc trên xe lăn.

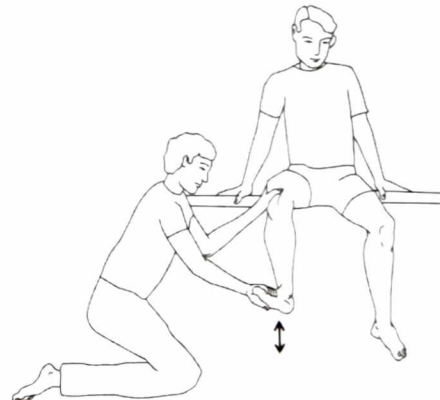
Có thể hướng dẫn bệnh nhân tự tập bằng cách cài các ngón tay hai bên vào nhau, dùng tay lành hỗ trợ vận động cho tay liệt. Nếu vận động của tay liệt tốt hơn, bệnh nhân có thể sử dụng một số dụng cụ trợ giúp tập luyện như ròng rọc, gậy, bóng để thực hiện bài tập vận động này.

- Bệnh nhân ngồi trên bàn tập hoặc ghế có chiều cao phù hợp, có thể đặt một chiếc bàn phía trước. Người tập hướng dẫn bệnh nhân cài các ngón tay hai bên vào nhau, duỗi thẳng ra trước, đặt trên mặt bàn rồi đưa lên phía đầu càng nhiều càng tốt, sau đó đưa hai tay trở về vị trí cũ trên mặt bàn và làm lại như trước.



10. Tập ngồi bắt chéo chân liệt qua chân lành

- Bệnh nhân ngồi trên giường hoặc ghế, hai bàn chân đặt trên sàn nhà, thân mình thẳng, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông. Người tập hướng dẫn hoặc giúp bệnh nhân nâng bàn chân bên liệt lên khỏi sàn nhà...



- Nhấc chân bên liệt lên, đưa chân liệt bắt chéo qua gối bên lành. Điều chỉnh thẳng bằng để có thể ngồi được như vậy một lúc, rồi đưa chân liệt trở lại về vị trí cũ ban đầu và làm lại động tác tập như đã làm ở trên.

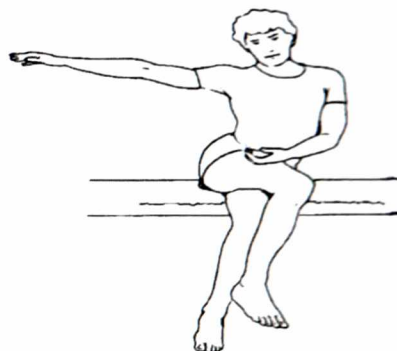


11. Tập ngồi bắt chéo chân, trọng lượng dồn lên chân ở dưới

- Bệnh nhân ngồi trên ghế hoặc trên bàn tập, hai bàn chân sát trên sàn nhà, hoặc nhấc lên khỏi sàn nhà, thân mình thẳng. Người tập hướng dẫn bệnh nhân bắt chéo chân trái qua chân phải, nghiêng người về phía bên phải, trọng lượng dồn lên mông và chân bên phải.

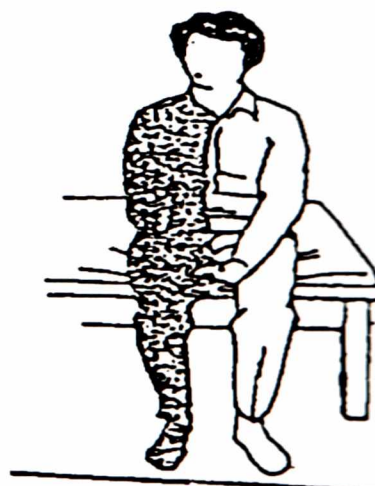


- Hướng dẫn bệnh nhân ngồi trở lại vị thế cũ ban đầu, rồi tập bắt chéo chân phải qua chân trái, nghiêng người về phía bên trái, trọng lượng cơ thể dồn lên mông bên trái. Nếu cần có thể dang tay phải ra để giữ thăng bằng.

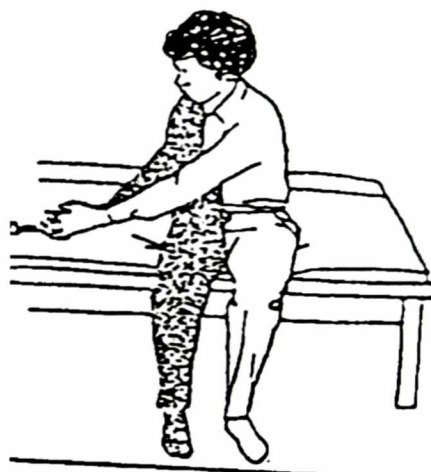


12. Tập kiểm soát vận động thân mình ở vị thế ngồi

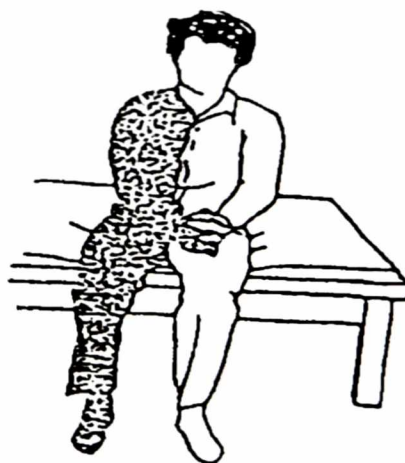
- Bệnh nhân ngồi trên giường hay bàn tập, hai tay cài các ngón vào nhau, thân mình thẳng, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai mông. Hai bàn chân đặt trên sàn nhà (nếu thăng bằng chưa tốt) hoặc nhấc lên khỏi sàn nhà (nếu thăng bằng tốt).



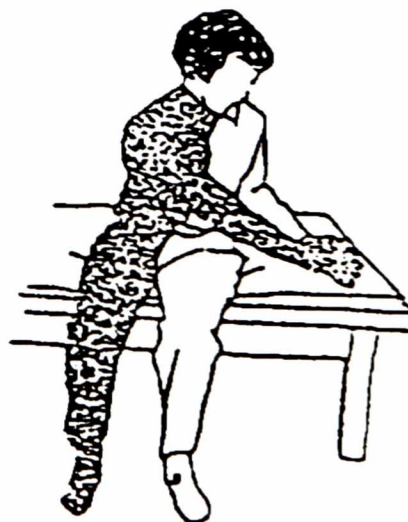
- Người tập đặt trên mặt giường phía bên liệt một số đồ vật như cốc, chén, bao diêm hoặc các vật hình trụ khác có kích thước nhỏ, sau đó yêu cầu bệnh nhân quay sang phía bên liệt, dùng hai tay đã cài các ngón vào nhau lấy từng đồ vật trên mặt giường...



- Chuyển các đồ vật đó sang và đặt lên mặt giường ở phía bên lành. Lưu ý bệnh nhân trong khi tập vận động vẫn phải giữ cho thân mình ngồi thẳng và cân xứng, chỉ xoay thân, điều chỉnh thẳng bằng để thực hiện các động tác vận động trên.



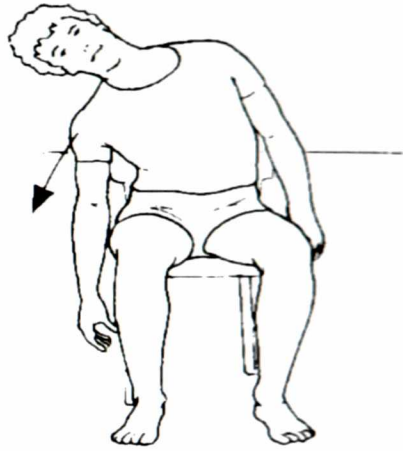
- Sau khi tất cả các đồ vật đã được chuyển sang phía bên lành, người tập lại hướng dẫn bệnh nhân dùng hai bàn tay đã cài các ngón vào nhau lấy từng đồ vật một, đưa sang đặt lên mặt bàn ở phía bên liệt cho đến khi tất cả các đồ vật đã được đưa sang. Rồi tiếp tục làm lại như vậy.



Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

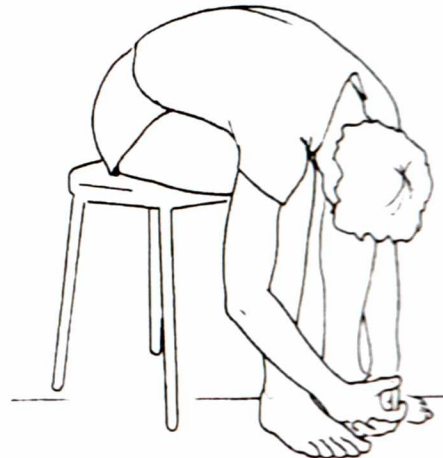
- Bệnh nhân ngồi trên ghế có chiều cao phù hợp, hai bàn chân đặt trên sàn nhà, hai tay duỗi, thân mình thẳng, trọng lượng dồn đều lên hai bên mông. Người tập hướng dẫn bệnh nhân nghiêng người sang phía bên phải càng nhiều càng tốt sau đó trở lại tư thế ngồi thẳng ban đầu.



- Tiếp tục với vận động nghiêng người sang phía bên trái để dồn trọng lượng cơ thể lên mông bên trái. Người tập lưu ý bệnh nhân khi nghiêng người sang phía bên nào thì thân mình phía bên đó phải co ngắn lại và thân mình phía bên kia phải kéo dài ra.



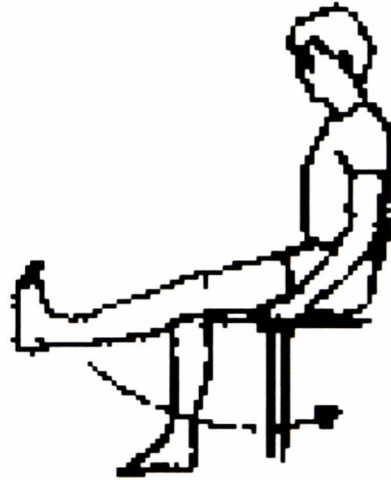
- Hoặc hướng dẫn bệnh nhân tự tập bằng cách ngồi trên ghế có chiều cao phù hợp, cài các ngón tay hai bên vào nhau. Sau đó cúi về phía trước, thả lỏng hai tay cho đến khi hai bàn tay sát trên sàn nhà giữa hai bàn chân, rồi ngồi thẳng trở lại tư thế ban đầu.



- Bệnh nhân ngồi trên ghế có chiều cao phù hợp để hai bàn chân được nhấc lên khỏi sàn nhà, thân mình thẳng, cân xứng hai bên. Người tập hướng dẫn bệnh nhân tập gấp và duỗi khớp gối luân phiên hai bên. Lưu ý bệnh nhân gấp khớp gối để đưa gót chân bên liệt về phía sau càng nhiều càng tốt.



- Bệnh nhân ngồi trên ghế ở vị thế như trên, mông và đùi phía bên liệt sát mép ghế. Người tập hướng dẫn bệnh nhân giữ chân lành cố định, tập gấp và duỗi chân bên liệt. Cần lưu ý bệnh nhân động tác gấp khớp gối sao cho gót chân bên liệt được đưa về phía sau càng nhiều càng tốt.



13. Tập ngồi dồn trọng lượng lên tay liệt

Người ta thấy rằng đối với bệnh nhân liệt nửa người, tay thường phục hồi chậm và khó hơn chân. Theo các chuyên gia phục hồi chức năng thì một trong các lí do là tay không được chịu và dồn trọng lượng sớm sau khi bị liệt.

Dồn trọng lượng lên tay liệt là một trong những kĩ thuật để phòng ngừa, ức chế và phá vỡ mẫu co cứng ở tay, tạo thuận cho vận động tốt hơn.

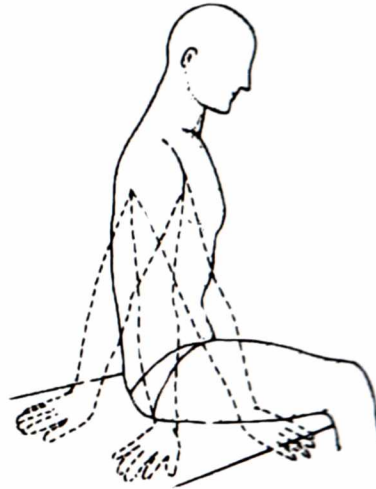
Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

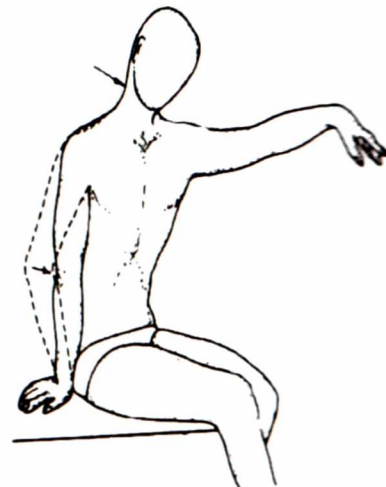
- Bệnh nhân ngồi trên giường hoặc ghế, người tập đứng hoặc ngồi phía bên liệt, giúp bệnh nhân duỗi tay liệt, đặt lòng bàn tay sát trên mặt giường cạnh hông. Sau đó nghiêng người về phía bên liệt để dồn trọng lượng lên tay liệt trong khi vẫn giữ tay liệt duỗi.



- Bệnh nhân ngồi trên bàn tập, đầu và thân mình thẳng, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông. Người tập hướng dẫn bệnh nhân chống tay liệt lên mặt bàn cạnh hông, các ngón tay duỗi, khuỷu tay duỗi, sau đó nghiêng người sang để dồn trọng lượng lên tay liệt ở các vị trí khác nhau như trong hình vẽ.



- Bệnh nhân ngồi trên ghế, giường hoặc bàn tập, đầu và thân mình thẳng, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông. Người tập hướng dẫn bệnh nhân chống tay liệt cạnh mông, lòng bàn tay sát trên mặt bàn, khớp cổ tay gấp tối đa về phía mu, sau đó tập gấp và duỗi khớp khuỷu.



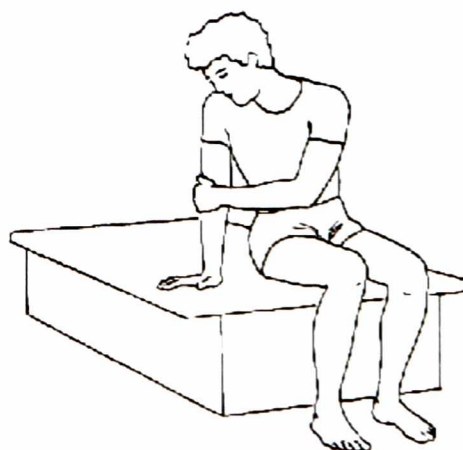
- Hoặc bệnh nhân ngồi trên ghế, hai tay duỗi, lòng bàn tay đặt sát trên mặt một chiếc ghế khác ở phía trước thấp hơn, các ngón tay duỗi và dẹt, khớp cổ tay gấp về phía mu tối đa. Người tập hướng dẫn bệnh nhân cúi về phía trước, dồn trọng lượng đều lên hai tay.



- Có thể hướng dẫn người bệnh tự tập bằng cách ngồi trên ghế, bàn tay lành giữ khuỷu tay bên liệt duỗi, lòng bàn tay liệt sát xuống mặt ghế ở phía trước thấp hơn. Sau đó bệnh nhân cúi người, dồn trọng lượng về phía trước lên tay liệt.



- Hoặc hướng dẫn người bệnh ngồi trên bàn, ghế hoặc giường, tay liệt duỗi thẳng, lòng bàn tay sát xuống mặt bàn cạnh hông. Dùng bàn tay bên lành nắm giữ khuỷu tay bên liệt duỗi. Sau đó nghiêng người sang bên liệt, dồn trọng lượng lên tay bên liệt.

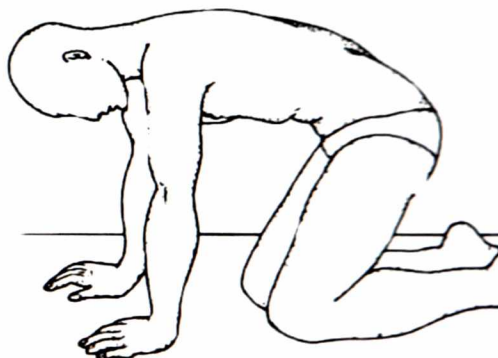


- Bệnh nhân ngồi trên bàn tập, tay bên liệt duỗi, lòng bàn tay úp sát trên mặt bàn cạnh hông. Đặt trên mặt bàn phía bên liệt một số đồ vật như cốc, chén, bao diêm... rồi yêu cầu bệnh nhân dùng tay lành lấy những đồ vật đó đặt sang phía bên lành, sau đó lại lấy từ phía bên lành đặt sang bên liệt. Lưu ý bệnh nhân luôn giữ tay liệt duỗi trong khi tập.

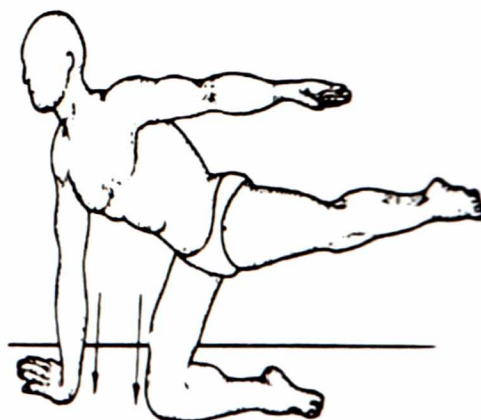


14. Tập thăng bằng dồn trọng lượng lên chân và tay liệt

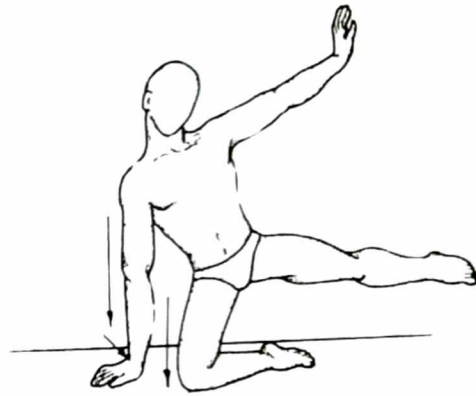
- Bệnh nhân quỳ gối, chống hai gối và hai bàn tay trên đệm, hai tay duỗi thẳng, lòng bàn tay hai bên và hai gối sát trên mặt đệm, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên gối và hai bàn tay.



- Người tập hướng dẫn bệnh nhân nâng chân lành và tay lành lên khỏi mặt đệm, để trọng lượng cơ thể dồn lên gối và tay bên liệt, giữ như vậy vài chục giây rồi trở lại tư thế cũ, và tiếp tục tập lại như đã làm ở trên.



- Từ vị thế trên, người tập hướng dẫn bệnh nhân điều chỉnh thẳng bằng sau đó dùng tay liệt đẩy nâng người cao lên, chuyển tay liệt chống sát vào gối, giữ thân mình thẳng, trọng lượng cơ thể dồn lên gối bên liệt là chủ yếu, còn một phần dồn lên tay liệt để giữ thẳng bằng.



15. Tập luyện phục hồi chức năng tay bên liệt

15.1. Kỹ thuật ức chế co cứng ở tay

Nguyên tắc chung của tập luyện vận động cho bệnh nhân liệt nửa người là phải làm cho trương lực cơ trở về bình thường hoặc gần bình thường trước khi thực hiện các bài tập phục hồi chức năng, vì không thể có vận động bình thường khi cơ ở trong tình trạng liệt mềm hoặc co cứng.

Nếu trương lực cơ của bệnh nhân tăng, người tập phải làm giảm đi bằng các kỹ thuật ức chế, hoặc kỹ thuật phá vỡ mẫu co cứng. Nguyên tắc chung của các kỹ thuật ức chế và phá vỡ mẫu co cứng là thực hiện các vận động ngược với mẫu co cứng đến mức tối đa.

Một số kỹ thuật ức chế co cứng ở tay có thể hướng dẫn cho bệnh nhân tự thực hiện thường xuyên hàng ngày, kể cả khi thư giãn nghỉ ngơi hoặc trước khi tập luyện vận động.

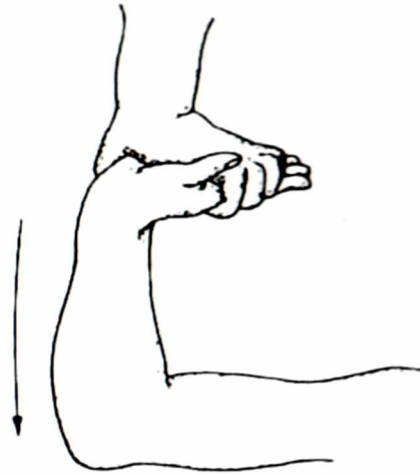
- Người tập nắm giữ bàn tay liệt của bệnh nhân bằng tay cùng bên của mình, ngón cái đặt lên mu bàn tay, các ngón tay nắm giữ ngón tay bệnh nhân sau đó làm gấp khớp cổ tay tối đa về phía mu bàn tay đồng thời làm duỗi các ngón tay để ức chế co cứng gấp của khớp cổ tay và các ngón tay bên liệt.



Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

- Có thể để bệnh nhân ngồi, khuỷu tay vuông góc, chống lên mặt bàn. Người tập nắm bàn tay liệt của bệnh nhân, giữ cho các ngón tay duỗi, sau đó làm gấp khớp cổ tay về phía mu để ức chế co cứng của khớp cổ tay. Lưu ý không làm gấp quá mức, có thể tổn thương khớp cổ tay.



- Nếu co cứng nhiều, vẫn để bệnh nhân ngồi như trên, người tập dùng một tay nắm phía lòng bàn tay, một tay đỡ phía mu bàn tay, ngón tay cái giữ ngón tay cái của bệnh nhân ở tư thế duỗi dạng, sau đó làm gấp khớp cổ tay về phía mu. Lưu ý không làm gấp quá mức, có thể gây tổn thương khớp cổ tay bệnh nhân.



- Có thể hướng dẫn bệnh nhân ngồi, cài các ngón tay hai bên vào nhau, duỗi thẳng hai tay lên mặt bàn. Sau đó, dùng tay lành làm xoay ngửa cẳng tay bên liệt, giữ tay liệt ở tư thế xoay ngửa như vậy trong vài phút để làm giảm co cứng bên tay liệt.



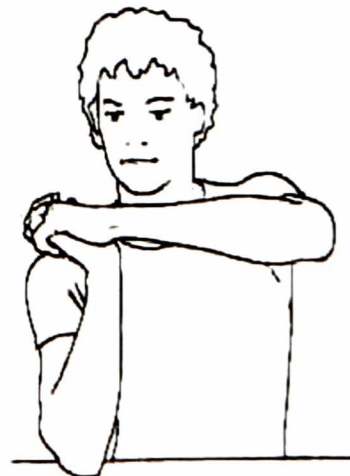
- Cũng có thể hướng dẫn bệnh nhân tự làm giảm co cứng ở cổ tay, bàn tay và các ngón tay bằng cách ngồi trên ghế, hai khuỷu tay chống lên mặt bàn, cài các ngón tay hai bên vào nhau, thân mình thẳng, cân đối, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông.



- Hướng dẫn bệnh nhân dùng bàn tay bên lành làm gấp khớp cổ tay bên liệt về phía mu bàn tay đến mức tối đa, trong khi khuỷu tay bên lành và bên liệt vẫn để sát trên mặt bàn. Giữ hai tay như vậy trong vài phút, co cứng ở tay liệt sẽ giảm đi.



- Nếu co cứng vẫn chưa giảm, người tập hướng dẫn bệnh nhân nhấc khuỷu tay bên lành lên khỏi mặt bàn để làm gấp khớp cổ tay bên liệt về phía mu bàn tay đến mức tối đa như trong hình vẽ. Giữ như vậy vài phút, co cứng của khớp cổ tay và bàn tay bên liệt sẽ giảm, sau đó thực hiện các bài tập vận động.

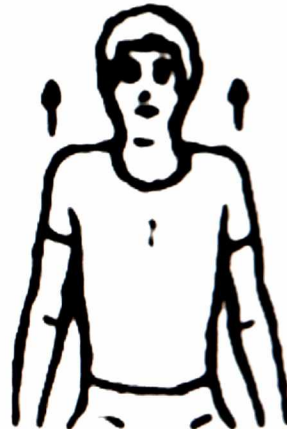


- Bệnh nhân cũng có thể tự làm giảm co cứng ở tay bằng cách ngồi và làm như trên, rồi đặt lòng bàn tay bên liệt vào cằm và má, các ngón tay duỗi, khuỷu tay chống trên mặt bàn. Sau đó nghiêng đầu sang bên liệt, giữ cổ tay bên liệt gập về phía mu cẳng lâu càng tốt trong khi ngồi chơi hoặc xem vô tuyến.



15.2. Tập kiểm soát vận động tay liệt

- Bệnh nhân ngồi thẳng, cân đối hai bên. Người tập hướng dẫn bệnh nhân tập nâng hai khớp vai lên trên đến mức tối đa, sau đó hạ vai xuống, đưa hai vai ra trước, đưa hai vai ra sau, quay khớp vai theo chiều trước sau và ngược lại.



- Bệnh nhân ngồi trên ghế, đầu và thân mình thẳng, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông. Hai bàn chân đặt sát trên sàn nhà hoặc nhấc lên khỏi sàn nhà nếu đã có thăng bằng tốt, sau đó duỗi thẳng hai tay và đưa lên phía trên đầu.



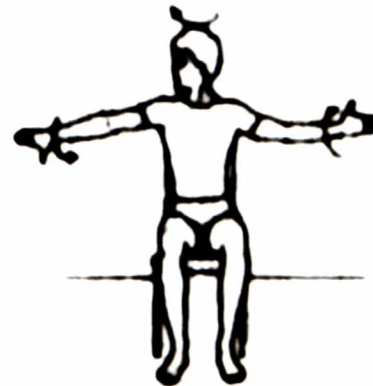
- Từ vị thế đó người tập hướng dẫn bệnh nhân giữ tay lành duỗi thẳng lên phía trên đầu như vậy, rồi đưa tay liệt về vị trí cũ, đặt nghỉ ngơi trên đùi cùng bên.



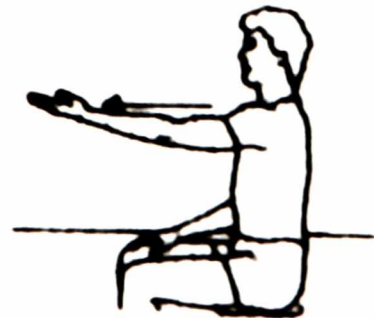
- Tập duỗi thẳng tay liệt và đưa lên quá đầu, đưa tay lành trở lại vị trí cũ. Người tập hướng dẫn bệnh nhân làm luân phiên như vậy với cả hai tay. Chú ý giữ tay bên liệt duỗi thẳng trong khi thực hiện các động tác.



- Người tập hướng dẫn bệnh nhân ngồi trên ghế, duỗi thẳng hai tay ngang vai, quay mặt sang phía bên liệt, sau đó luân phiên tập quay sấp tay bên liệt, xoay ngửa tay bên lành rồi quay sấp tay bên lành, xoay ngửa tay bên liệt .



- Bệnh nhân ngồi, thân mình cân đối hai bên, bàn tay lành đặt nghỉ ngơi trên đùi. Người tập hướng dẫn bệnh nhân duỗi thẳng tay liệt ra trước, vuông góc với thân, sau đó xoay ngửa tay liệt và tập gấp, duỗi khớp khuỷu tay.



Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

- Bệnh nhân ngồi trên ghế, thân mình thẳng, cân xứng hai bên, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai hông và hai chân. Người tập hướng dẫn bệnh nhân giữ tay liệt xoay ngửa, duỗi thẳng ra trước khoảng 50°, rồi gấp và duỗi khuỷu tay.



- Bệnh nhân ngồi trên ghế, thân mình thẳng, cân xứng. Người tập hướng dẫn bệnh nhân đặt hai cẳng tay và bàn tay trên mặt bàn phía trước, khớp cổ tay duỗi, các ngón tay duỗi, cẳng tay quay sấp, bàn tay úp trên mặt bàn.



- Sau đó lần lượt tập quay sấp, rồi xoay ngửa cẳng tay và bàn tay hai bên trên mặt bàn. Người tập lưu ý bệnh nhân giữ thân mình thẳng, cân xứng hai bên, hai vai ngang bằng nhau trong khi thực hiện các động tác tập này.



- Bệnh nhân ngồi, hai bàn chân sát trên sàn nhà, hai khuỷu tay chống lên mặt bàn ở phía trước, cài các ngón tay hai bên vào nhau rồi tập gấp, duỗi khớp khuỷu bằng cách đưa hai bàn tay lên phía cằm.



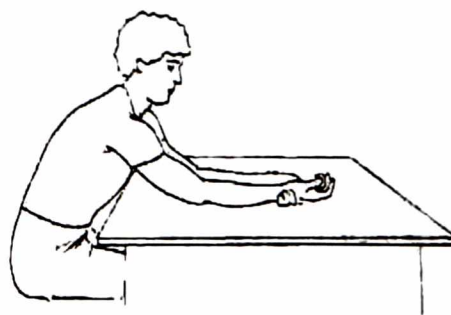
- Đưa hai bàn tay trở lại vị trí ban đầu trên mặt bàn. Bệnh nhân tiếp tục tập vận động gấp, duỗi khớp khuỷu luôn phiên như vậy nhiều lần với sự hỗ trợ vận động của tay lành đối với tay liệt



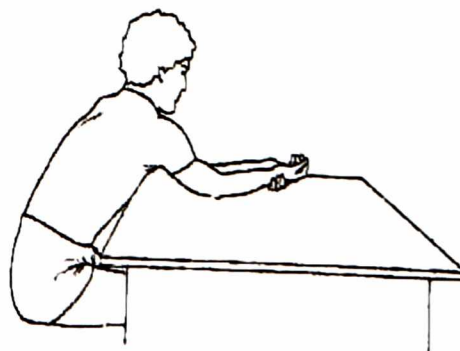
- Sau khi thực hiện các bài tập vận động gấp, duỗi khuỷu tay hai bên, bệnh nhân có thể giữ hai tay ở vị trí tựa vào cằm trong khi ngồi nghỉ, xem vô tuyến. Đây cũng là cách ức chế co cứng cổ tay và bàn tay bên liệt mà bệnh nhân có thể thực hiện hàng ngày.



- Bệnh nhân ngồi trên ghế, đặt hai tay lên mặt bàn phía trước. Người tập hướng dẫn bệnh nhân dùng bàn tay lành nắm khớp cổ tay bên liệt, giữ cho tay bên liệt xoay ngửa rồi duỗi thẳng hai tay trên mặt bàn.



- Hướng dẫn bệnh nhân cúi về phía trước, đưa hai tay đã duỗi thẳng sát trên mặt bàn về phía bên lành càng xa càng tốt, rồi đưa về vị trí ban đầu và tập lại như cũ. Bệnh nhân luôn giữ tay liệt xoay ngửa khi tập.



Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

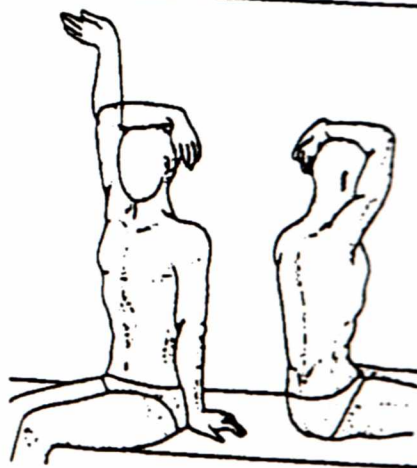
- Bệnh nhân ngồi trên ghế, đầu và thân mình thẳng, người tập hướng dẫn bệnh nhân lần lượt tập gấp và duỗi hai tay. Lưu ý bệnh nhân luôn giữ tay liệt xoay ngửa trong khi thực hiện vận động.



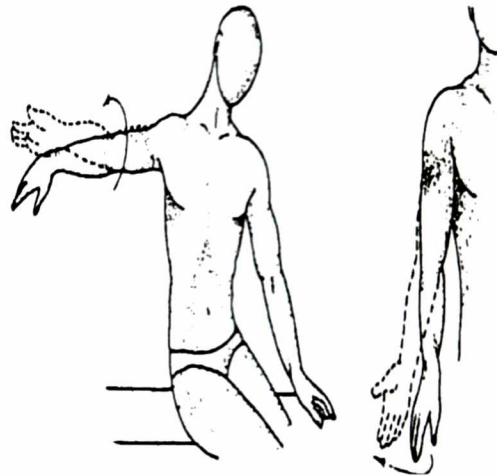
- Bệnh nhân ngồi, đầu và thân mình thẳng, cân xứng, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai chân, người tập hướng dẫn bệnh nhân tập gấp, duỗi lần lượt khuỷu tay hai bên bằng cách vỗ luân phiên hai tay lên đùi hoặc gõ luân phiên hai tay lên một vật gì đó để trên hai đùi.



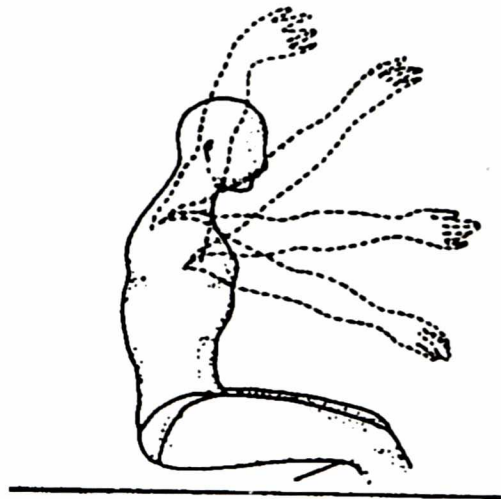
- Hoặc bệnh nhân ngồi cân xứng hai bên, hai bàn chân sát trên sàn nhà, người tập hướng dẫn bệnh nhân duỗi thẳng tay liệt lên phía trên đầu. Sau đó tập gấp khớp khuỷu, đặt úp cẳng tay và bàn tay bên liệt lên đỉnh đầu, rồi duỗi thẳng tay liệt trở lại tư thế ban đầu và tập lại như trước, lưu ý giữ thân mình thẳng khi tập.



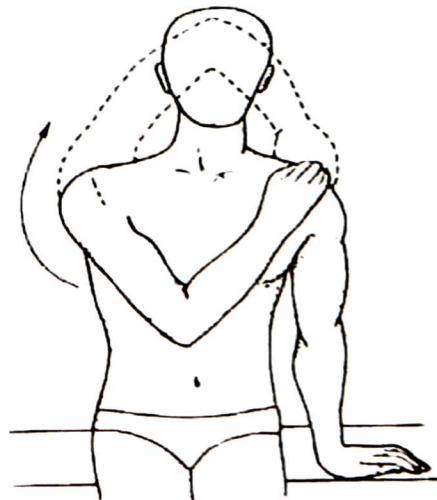
- Bệnh nhân ngồi sát mép bàn, thân mình thẳng. Người tập hướng dẫn bệnh nhân duỗi thẳng tay liệt dọc theo thân mình rồi tập quay sấp và xoay ngửa cẳng tay. Sau đó hướng dẫn bệnh nhân duỗi dạng tay liệt ngang vai rồi tập quay sấp, xoay ngửa cẳng tay bên liệt như trên.



- Hoặc hướng dẫn bệnh nhân ngồi trên ghế, thân mình thẳng, duỗi thẳng tay liệt ra phía trước. Sau đó tập gập, duỗi khớp vai, đưa tay liệt lên trên và xuống dưới để vận động vai tay bên liệt đến các vị trí khác nhau bên cạnh thân như trong hình vẽ.



Bệnh nhân ngồi trên ghế, đầu và thân mình thẳng, tay lành chống trên mặt ghế, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông. Người tập hướng dẫn bệnh nhân dạng rồi gập tay liệt, đặt bàn tay liệt lên vai bên lành như trong hình vẽ để phá vỡ mẫu co cứng ở tay.



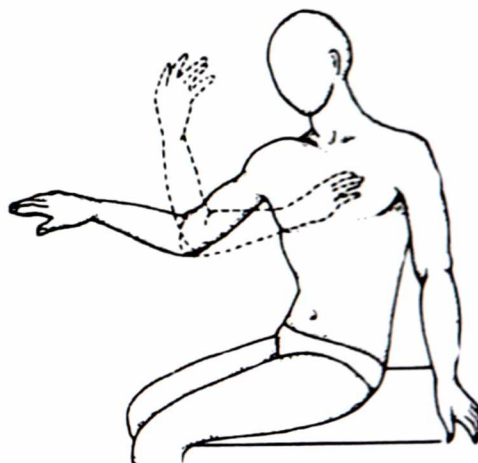
Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

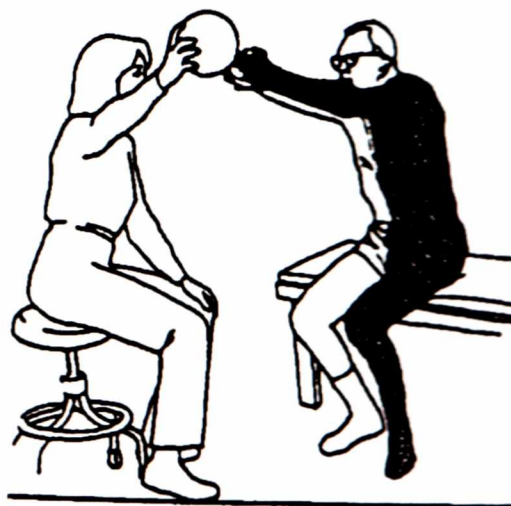
- Bệnh nhân ngồi trên ghế, đầu và thân mình thẳng, cân đối hai bên, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông và hai chân. Người tập hướng dẫn bệnh nhân tập duỗi khớp vai bên liệt, đưa tay bên liệt ra phía sau càng xa càng tốt sau đó tập xoay ngửa cẳng tay.



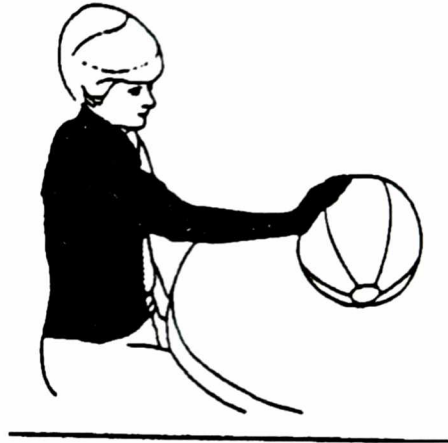
- Bệnh nhân ngồi trên ghế, đầu và thân mình thẳng, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai mông và hai chân. Người tập hướng dẫn bệnh nhân gấp khớp vai bên liệt khoảng 80 độ, xoay ngửa cẳng tay sau đó tập gấp khuỷu tay để đưa bàn tay về phía vai bên liệt và vai bên lành.



- Bệnh nhân ngồi, hai bàn chân sát trên sàn nhà, hai tay cài các ngón vào nhau. Người tập ngồi phía trước cầm một quả bóng bay giơ lên và yêu cầu bệnh nhân chạm hai tay vào quả bóng. Sau đó, người tập di chuyển bóng đến các vị trí khác nhau và yêu cầu bệnh nhân di chuyển hai tay theo.



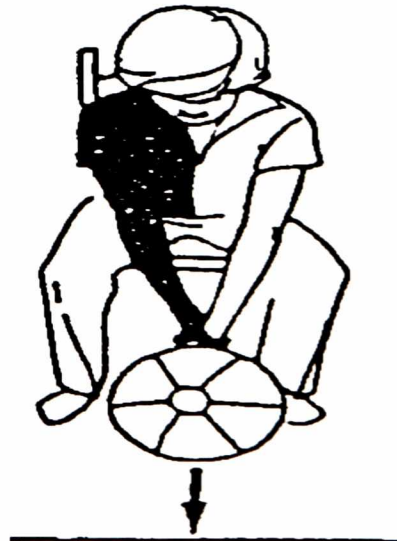
- Bệnh nhân ngồi trên ghế, thân mình thẳng, cân xứng. Người tập hướng dẫn bệnh nhân dùng tay liệt lăn bóng di chuyển trên mặt bàn phía trước theo các hướng khác nhau, sang phải, sang trái, từ gần đến xa.



- Vẫn ở vị thế ngồi như trên, người tập hướng dẫn bệnh nhân dùng tay liệt lăn bóng trên mặt bàn theo các hướng khác nhau từ gần ra xa và từ xa đến gần. Lưu ý bệnh nhân giữ thân mình thẳng, chỉ dùng tay liệt thực hiện vận động



- Bệnh nhân ngồi trên ghế, hai bàn chân đặt trên sàn nhà cách khoảng rộng bằng vai. Người tập hướng dẫn bệnh nhân cúi về phía trước, hai tay cài các ngón vào nhau, thả lỏng giữa hai chân, trọng lượng dồn đều lên hai chân.



- Hướng dẫn bệnh nhân dùng hai tay đã cài các ngón vào nhau đẩy bóng ra trước, sang phía bên phải theo các hướng khác nhau trên sàn nhà cùng với người tập, hoặc người nhà bệnh nhân.



- Bệnh nhân ngồi trên ghế, hai bàn chân sát trên sàn nhà, trọng lượng dồn đều lên hai chân, tay lành đặt trên hai gối. Người tập hướng dẫn bệnh nhân cúi về phía trước, thả lỏng, dùng tay liệt đẩy bóng ra trước và sang bên trên sàn nhà.

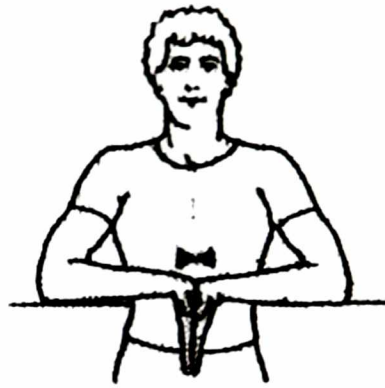


15.3. Tập gấp duỗi khớp cổ tay

- Người tập hướng dẫn bệnh nhân ngồi trên ghế, đầu và thân mình thẳng, cân xứng hai bên, hai cẳng tay đặt trên mặt bàn, lòng bàn tay hai bên áp sát vào nhau, giữ khớp cổ tay gấp tối đa về phía mu, hướng các ngón tay lên trên.



- Hướng dẫn bệnh nhân xoay ngược hai tay để bờ bàn tay phía ngón út hai bên sát trên mặt bàn. Đưa hai tay về vị trí cũ rồi lại tập vài lần như vậy để làm giảm co cứng khớp cổ tay và tập xoay ngược cẳng tay.



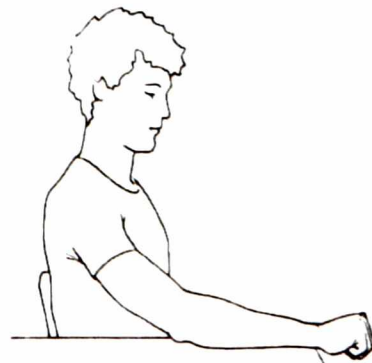
- Bệnh nhân ngồi trên ghế, thân mình thẳng, hai vai cân xứng, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông. Hai cẳng tay đặt trên mặt bàn phía trước mặt, hai bàn tay sát nhau, lòng bàn tay úp sấp, sát mặt bàn.



- Người tập hướng dẫn bệnh nhân tập vận động gấp khớp cổ tay hai bên về phía mu bàn tay, rồi gấp khớp cổ tay về phía lòng bàn tay, tiếp tục tập như vậy nhiều lần như trong hình vẽ.



- Hoặc người tập hướng dẫn bệnh nhân ngồi bên cạnh bàn, thân mình thẳng cân xứng, đặt cẳng tay bên liệt lên mặt bàn, sát mép bàn sao cho nếp lằn của khớp cổ tay bên liệt ngang bằng với mép bàn.

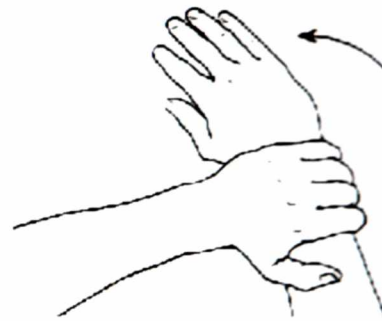


- Người tập hướng dẫn bệnh nhân nắm bàn tay lại, rồi tập gấp khớp cổ tay về phía mu bàn tay, rồi gấp về phía lòng bàn tay bên ngoài mép bàn như trong hình vẽ. Lưu ý bệnh nhân giữ thân mình thẳng, cân xứng trong khi tập.

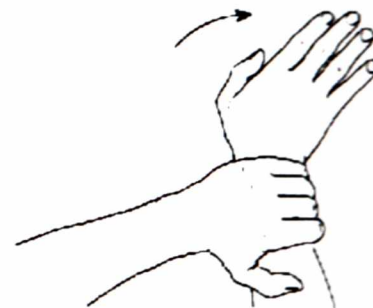


15.4. Tập nghiêng khớp cổ tay bên liệt sang hai bên

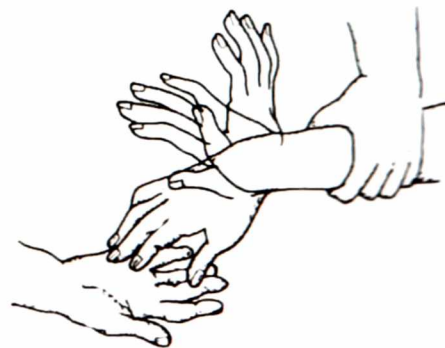
- Bệnh nhân ngồi, thân mình thẳng, cân xứng. Người tập hướng dẫn bệnh nhân dùng bàn tay lành nắm giữ cổ tay bên liệt ở phía mu bàn tay rồi tập nghiêng khớp cổ tay về phía ngón cái.



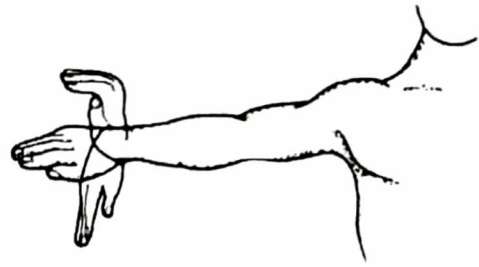
- Tập nghiêng khớp cổ tay bên liệt về phía ngón tay út đến mức tối đa, rồi lại nghiêng về phía ngón cái, tiếp tục tập như vậy vài lần. Người tập lưu ý bệnh nhân giữ tư thế ngồi thẳng, cân xứng trong khi tập.



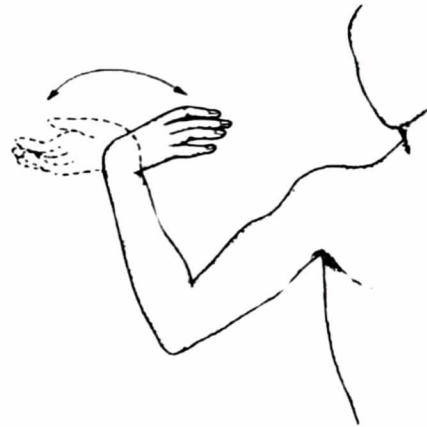
- Bệnh nhân ngồi, người tập dùng một tay nắm đỡ cẳng tay bên liệt của bệnh nhân, giữ cẳng tay quay sấp, sau đó yêu cầu bệnh nhân tập gấp và duỗi khớp cổ tay ở nhiều mức độ khác nhau như trong hình vẽ.



- Có thể hướng dẫn bệnh nhân tự tập bằng cách ngồi, giữ tay liệt quay sấp duỗi thẳng sang ngang vai. Sau đó đề nghị bệnh nhân tập gấp và duỗi khớp cổ tay giống như đã làm ở trên,

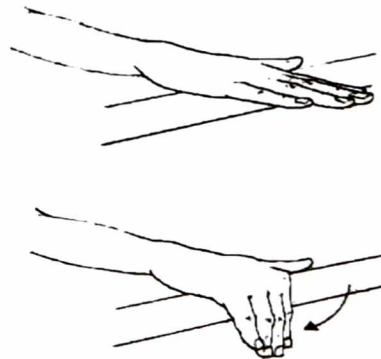


- Khi bệnh nhân đã thực hiện tốt bài tập vận động khớp cổ tay ở hai vị thế trên, người tập tiếp tục hướng dẫn bệnh nhân gấp khuỷu tay vuông góc, xoay ngửa cẳng tay, rồi gấp và duỗi khớp cổ tay như đã làm với các bài tập trên.

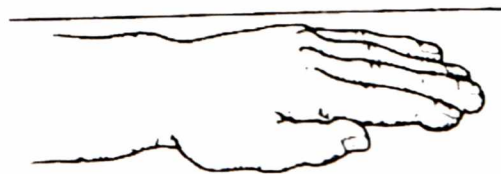


15.5. Tập gấp khớp bàn - ngón tay bên liệt

- Bệnh nhân ngồi, đặt úp tay bên liệt lên mặt bàn, khớp bàn - ngón (đường ngang lòng bàn tay) sát mép bàn. Sau đó, người tập hướng dẫn bệnh nhân tập gấp các ngón tay về phía lòng bàn tay như trong hình vẽ.



- Bệnh nhân ngồi, cẳng tay và bàn tay đặt trên mặt bàn phía trước. Người tập hướng dẫn bệnh nhân quay sấp cẳng tay, úp lòng bàn tay trên mặt bàn, ngón tay cái và các ngón tay duỗi.

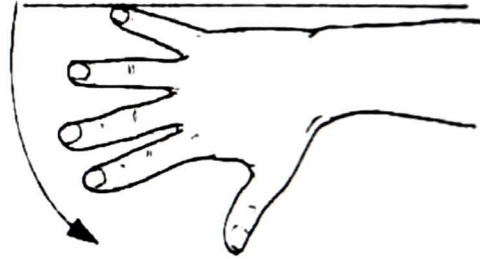


- Hướng dẫn bệnh nhân tập khum bàn tay lại để gấp khớp bàn ngón tay như trong hình vẽ. Người tập lưu ý bệnh nhân giữ các ngón tay duỗi trong khi tập, chỉ gấp khớp bàn-ngón, không gấp các khớp ngón tay.



15.6. Tập dạng, khép các ngón tay

- Bệnh nhân ngồi, đặt cẳng tay và bàn tay bên liệt úp sát trên mặt bàn, các ngón tay duỗi. Người tập hướng dẫn bệnh nhân tập dạng và khép các ngón tay trên mặt bàn, lưu ý bệnh nhân vẫn giữ bàn tay sát trên mặt bàn trong khi tập.



- Người tập hướng dẫn bệnh nhân ngồi, đặt nghiêng bờ ngoài cẳng tay và bàn tay bên liệt trên mặt bàn, các ngón tay duỗi. Sau đó bệnh nhân tập dạng và khép các ngón tay.



15.7. Tập duỗi, dạng, xoay ngón tay cái bên liệt

- Bệnh nhân ngồi, khớp khuỷu bên liệt gấp, đặt trên mặt bàn, khớp cổ tay duỗi, các ngón tay duỗi. Sau đó người tập hướng dẫn bệnh nhân tập duỗi, và dạng ngón tay cái đến tối đa, rồi đưa về vị trí cũ và lại tập như vậy nhiều lần.



- Vẫn ở tư thế ngồi như trên, sau khi duỗi và dẹt ngón tay cái bên liệt đến mức tối đa, người tập hướng dẫn bệnh nhân tập xoay ngón tay cái bên liệt theo chiều từ trước ra sau rồi từ sau ra trước nhiều lần như trong hình vẽ.



15.8. Tập vận động bàn và các ngón tay

- Bệnh nhân ngồi, thân mình thẳng, cân xứng hai bên, cẳng tay bên liệt đặt trên mặt bàn, lòng bàn tay liệt úp trên mặt bàn, các ngón tay duỗi. Người tập hướng dẫn bệnh nhân tập gập, duỗi khớp bàn ngón của từng ngón tay.



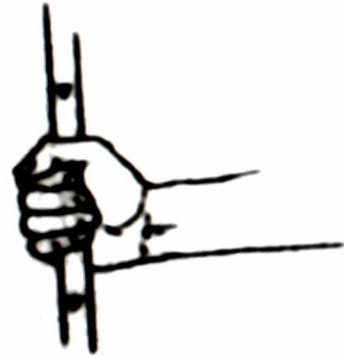
- Vẫn ở vị thế ngồi như trên, người tập hướng dẫn bệnh nhân khum các ngón tay bên liệt lại, rồi lần lượt tập gõ các đầu ngón tay của từng ngón lên mặt bàn như trong hình vẽ, trong khi vẫn giữ khớp cổ tay sát trên mặt bàn.



- Bệnh nhân ngồi trên ghế, khuỷu tay bên liệt gập, cổ tay ở vị trí trung gian. Người tập yêu cầu bệnh nhân nắm tay liệt vào một đoạn gậy bằng tre hoặc gỗ, để đoạn gậy nằm ngang rồi tập quay sấp và xoay ngửa cẳng tay.



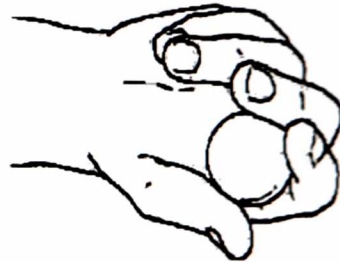
- Bệnh nhân ở vị thế ngồi như trên, người tập yêu cầu bệnh nhân dùng bàn tay liệt nắm giữ gậy tập, để gậy nằm dọc. Sau đó hướng dẫn bệnh nhân mở bàn tay ra cho gậy rơi một đoạn ngắn rồi nắm tay giữ lại, không để gậy rơi xuống đất.



- Bệnh nhân ngồi trên ghế, thân mình thẳng, cân xứng hai bên, khuỷu tay bên liệt gấp, cổ tay ở vị trí trung gian, các ngón tay khép. Người tập hướng dẫn bệnh nhân tập nắm và xòe bàn tay bên liệt đến mức tối đa.



- Bệnh nhân ngồi, người tập hướng dẫn bệnh nhân đặt vào lòng bàn tay bên liệt một vật tròn, chắc. Sau đó yêu cầu bệnh nhân dùng các ngón tay của bàn tay liệt tập di chuyển vật tròn đó trong lòng bàn tay.



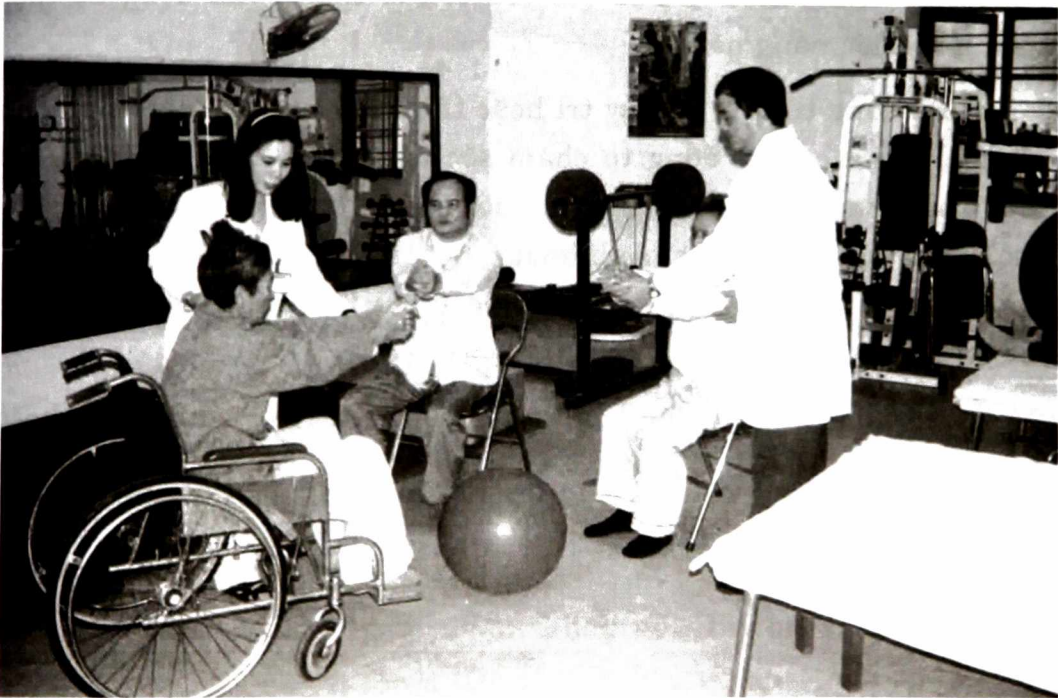
15.9. Tập đối chiếu ngón tay cái với các ngón tay khác

- Bệnh nhân ngồi, khuỷu tay chống trên mặt bàn, người tập hướng dẫn bệnh nhân dùng tay lành nắm giữ cẳng tay bên liệt, sau đó xòe bàn tay bên liệt rồi lần lượt tập đối chiếu ngón tay cái với các ngón khác của bàn tay.



16. Tập theo nhóm

Có thể tổ chức tập theo nhóm cho các bệnh nhân có cùng một mức độ phục hồi như nhau. Tập theo nhóm gồm các bài tập vận động phối hợp tay, chân, thân mình, ở các vị thế khác nhau, tập theo nhạc hoặc tập với các dụng cụ đặc biệt là bóng với sự trợ giúp và hướng dẫn của kĩ thuật viên.



17. Tập với các dụng cụ

- Đạp xe là một trong những phương pháp tập để điều chỉnh và phục hồi thăng bằng tốt nhất đối với người bệnh liệt nửa người. Cần chú ý tư thế ngồi của bệnh nhân sao cho đầu và thân mình thẳng, cân xứng, trọng lượng dồn đều lên hai bên hông và hai chân.

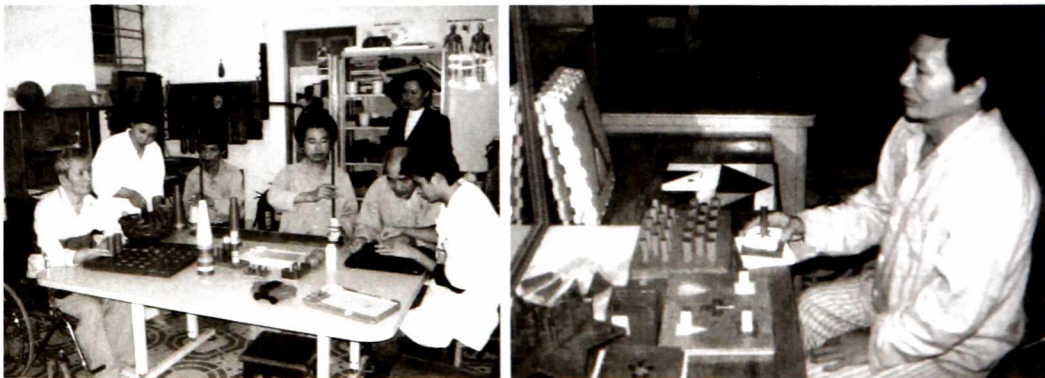


18. Chương trình hoạt động trị liệu

Hoạt động trị liệu còn gọi là lao động liệu pháp, bao gồm cả hoạt động chân tay và trí tuệ. Các lĩnh vực của hoạt động trị liệu bao gồm các hoạt động trong tự chăm sóc bản thân, học hành và làm việc, vui chơi và các hoạt động giải trí. Các hoạt động tự chăm sóc bao gồm ăn uống, tắm rửa, vệ sinh cá nhân. Hoạt động trị liệu tập trung vào kỹ năng vận động nhiều hơn là các yếu tố cấu thành vận động để thực hiện một chức năng nào đó.

Hoạt động trị liệu để duy trì hoặc thiết lập tính độc lập của bệnh nhân trong các hoạt động tự chăm sóc bản thân, các hoạt động tái thích nghi và các hoạt động khác nói chung trong đời sống và sinh hoạt hàng ngày. Chương trình hoạt động trị liệu được thực hiện đồng thời với vật lý trị liệu chủ yếu bằng các bài tập phục hồi chức năng tay và bàn tay.

Hoạt động trị liệu giúp bệnh nhân có thể trở lại với nghề cũ hoặc học nghề khác phù hợp hơn với tình trạng hiện tại, giúp bệnh nhân tái hòa nhập và thích nghi với hoàn cảnh mới cho làm việc và sinh sống. Hoạt động trị liệu có thể tập luyện riêng từng người hoặc tập theo nhóm.



Chương 11

TẬP VẬN ĐỘNG Ở TƯ THẾ ĐỨNG

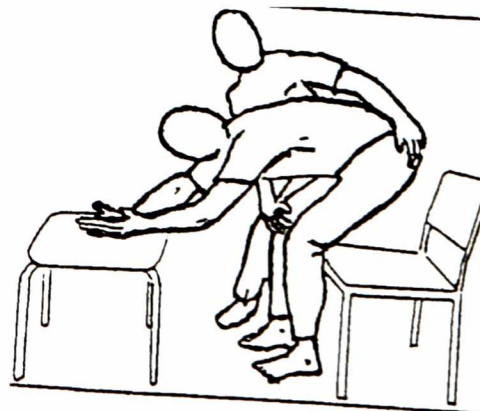
1. Nguyên tắc chung

Bệnh nhân liệt nửa người cần được tập đứng càng sớm càng tốt khi bệnh cảnh lâm sàng và thực tế bệnh nhân cho phép. Từ vị thế ngồi trên ghế, trên giường hoặc trên xe lăn, muốn tập đứng dậy, trước hết bệnh nhân phải được ngồi ở một vị thế chắc chắn trên đồ vật có chiều cao phù hợp với bệnh nhân.

2. Tập dồn trọng lượng về phía trước để chuẩn bị đứng lên

Vị thế ngồi đúng của bệnh nhân trên ghế là hai bàn chân đặt sát trên sàn nhà, khớp cổ chân, khớp gối, khớp háng vuông góc, lưng và thân mình thẳng, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông và hai chân, sau đó cúi người dồn trọng lượng về phía trước để đứng lên.

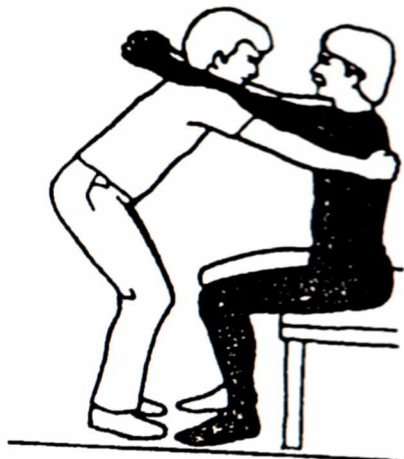
- Người tập đứng về bên liệt, hướng dẫn bệnh nhân cài các ngón tay hai bên vào nhau, cúi về phía trước dồn trọng lượng đều trên hai chân, nâng mông lên khỏi mặt ghế để chuẩn bị đứng lên.



3. Tập đứng dậy từ tư thế ngồi trên ghế, giường hoặc xe lăn

3.1. Người tập trợ giúp bệnh nhân đứng lên từ phía trước

- Người bệnh ngồi trên ghế có chiều cao phù hợp, hai tay duỗi thẳng ra trước, đặt trên hai vai của người tập. Người tập đứng ở phía trước, gấp khớp háng và khớp gối để hạ thấp thân mình xuống ngang mức với bệnh nhân, hai tay duỗi thẳng, hai bàn tay đặt lên hai bên bả vai để đỡ hai tay bệnh nhân.



- Sau đó người tập giúp và hướng dẫn bệnh nhân cúi về phía trước bằng cách gấp hai khớp háng, duỗi thẳng cột sống, chuyển và dồn trọng lượng cơ thể về phía trước đều lên hai bên mông và hai bàn chân đã đặt sát trên sàn nhà. Lưu ý bệnh nhân không đè hai tay lên vai người tập



- Khi bệnh nhân đã dồn trọng lượng về phía trước đầy đủ, người tập yêu cầu bệnh nhân chủ động đứng lên (người tập không kéo bệnh nhân đứng lên). Sau khi đứng, bệnh nhân có thể bị khuyê khớp gối và khớp háng bên liệt, do vậy người tập cần lưu ý để sẵn sàng đỡ bệnh nhân bằng khớp gối và tay của mình giúp bệnh nhân khỏi ngã.



3.2. Người tập trợ giúp bệnh nhân đứng lên từ phía bên liệt

Khi khả năng vận động chủ động của bệnh nhân tốt hơn, bệnh nhân có thể đứng dậy với sự trợ giúp một phần của người tập. Ở tư thế đứng, nếu bệnh nhân cần trợ giúp thì mọi sự hỗ trợ của người tập đối với bệnh nhân đều từ phía bên liệt.

- Người bệnh ngồi trên ghế hoặc trên giường, cài các ngón tay hai bên vào nhau, duỗi thẳng ra trước. Người tập đứng về phía bên liệt, một tay đỡ hai tay để tạo thuận bệnh nhân dồn trọng lượng về phía trước, tay kia đặt trên khớp gối, một bàn chân đặt sát trước bàn chân bên liệt của bệnh nhân.



- Sau đó, người tập hướng dẫn bệnh nhân duỗi thẳng hai tay, cúi về phía trước bằng cách gấp khớp háng hai bên, duỗi thẳng cột sống, dồn trọng lượng về phía trước đều trên hai chân. Lưu ý bệnh nhân không đè hai tay lên tay của người tập.



- Khi trọng lượng đã dồn về phía trước đầy đủ, người tập yêu cầu bệnh nhân chủ động đứng lên. Bệnh nhân tự đứng lên là chính, người tập chỉ hỗ trợ khi cần thiết có thể bằng tay hoặc bằng lời nói yêu cầu bệnh nhân làm theo.



- Trong khi đứng dậy và sau khi đứng lên bệnh nhân có thể xê dịch bàn chân bên liệt, khuỷu khớp háng hoặc khớp gối bên liệt. Do đó, người tập cần lưu ý đề phòng và đỡ cho bệnh nhân bằng bàn chân, khớp gối và tay của mình.



3.3. Người tập hướng dẫn bệnh nhân tự đứng lên

Bệnh nhân cần được hướng dẫn để tự đứng lên theo mẫu vận động bình thường và theo cách mà trước khi bị liệt, bệnh nhân và người bình thường vẫn làm.

Bình thường khi đang ngồi trên ghế muốn đứng dậy, trước hết phải điều chỉnh vị thế ngồi cho phù hợp, nghĩa là đầu và thân mình thẳng, cân xứng hai bên, hai bàn chân đặt sát trên sàn nhà cách nhau một khoảng phù hợp để tạo chân đế vững chắc, hai tay thả lỏng, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông, hai chân và hai bàn chân.

Sau khi đã có vị thế ngồi đúng trên ghế, muốn đứng dậy phải cúi về phía trước bằng cách gấp hai khớp háng, duỗi thẳng cột sống, chuyển trọng lượng cơ thể ra phía trước, dồn đều lên hai bên mông, hai chân và hai bàn chân sau đó đứng lên.

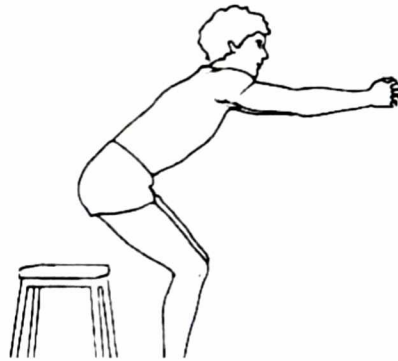
- Bệnh nhân ngồi trên ghế, trên giường hoặc trên xe lăn, hai bàn chân ngang nhau, sát trên sàn nhà, cách nhau khoảng rộng bằng vai, hai tay cài các ngón với nhau, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông và hai chân.



- Sau đó duỗi thẳng hai tay ra trước, cúi người để dồn trọng lượng cơ thể về phía trước đều trên hai mông và hai chân. Lưu ý bệnh nhân giữ hai bàn chân ngang nhau, hoặc bàn chân bên liệt ở phía sau bàn chân bên lành.



- Khi bệnh nhân đã cúi người và trọng lượng đã dồn về phía trước đầy đủ, người tập yêu cầu bệnh nhân tự đứng lên. Lưu ý bệnh nhân đề phòng khuỷu khớp gối, khớp háng bên liệt hoặc nguy cơ có thể ngã về phía bên liệt.

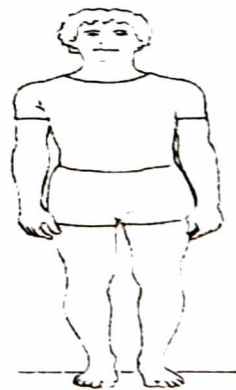


4. Tập vận động ở tư thế đứng

Trong phục hồi chức năng vận động nói chung, bệnh nhân liệt nửa người phải được thực hiện các bài tập ở các vị thế khác nhau. Vì cùng một động tác vận động, ví dụ gấp khớp gối, bệnh nhân có thể làm được dễ dàng khi nằm nhưng chưa chắc đã làm được khi ngồi và đứng.

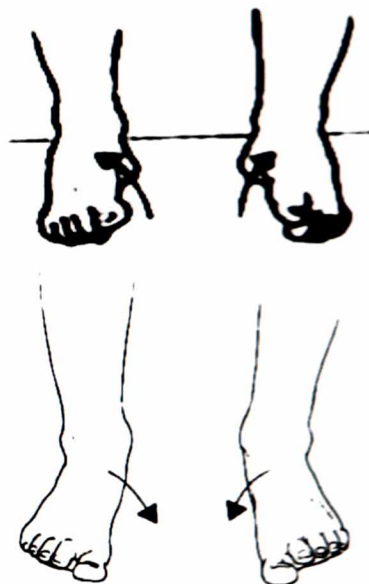
4.1. Tập đứng thẳng bằng

- Đứng thẳng bằng tinh: người tập hướng dẫn bệnh nhân tự điều chỉnh thẳng bằng để đứng được, giữ cho đầu và thân mình thẳng, hai bàn chân cách nhau khoảng rộng bằng vai, hai tay duỗi dọc theo thân, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai chân.



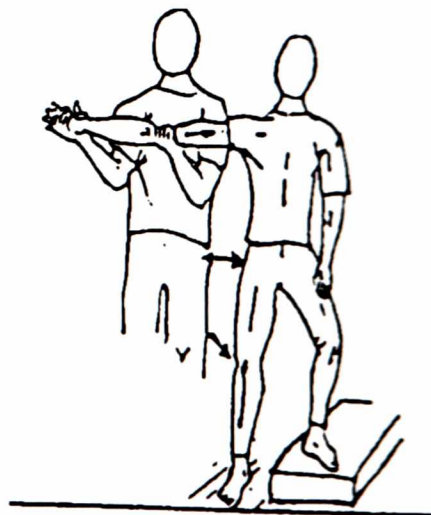
- Đứng thẳng bằng động: khi bệnh nhân đã tự điều chỉnh thẳng bằng để đứng vững, người tập hướng dẫn bệnh nhân tập quay đầu nhìn ra sau qua vai bên liệt rồi nhìn qua vai bên lành. Hoặc bệnh nhân đứng, sau đó cúi, ngửa, nghiêng, xoay thân mình, hoặc đứng sau đó vận động tay, chân (đưa lên trên, xuống dưới, ra trước, ra sau, sang phải, sang trái)...

- Do cơ cứng nên bàn chân liệt thường bị nghiêng ra ngoài, bệnh nhân chỉ đứng với bờ ngoài bàn chân bên liệt sát xuống sàn nhà. Trước khi tập vận động người tập phải hướng dẫn bệnh nhân điều chỉnh tư thế đứng sao cho lòng bàn chân hai bên sát xuống sàn nhà như trong hình vẽ.

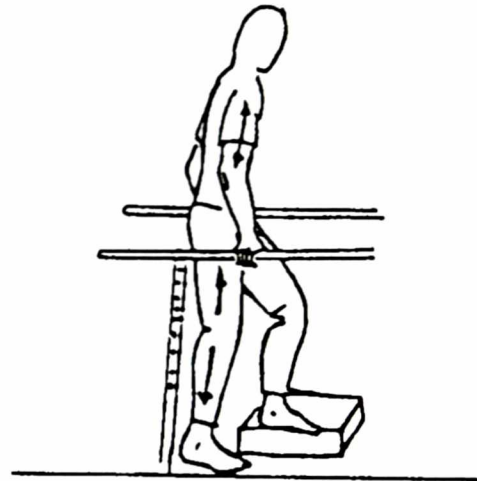


4.2. Tập dồn trọng lượng lên chân liệt

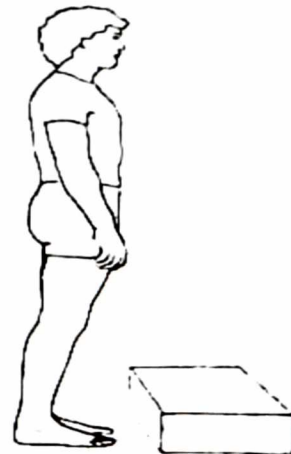
- Bệnh nhân đứng thẳng, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai chân. Người tập đứng về phía bên liệt, giúp bệnh nhân duỗi thẳng tay liệt sang ngang, sau đó yêu cầu bệnh nhân chuyển và dồn trọng lượng sang bên chân liệt, bước chân lành lên một vật gì đó bên cạnh, cao khoảng 15 - 20 cm.



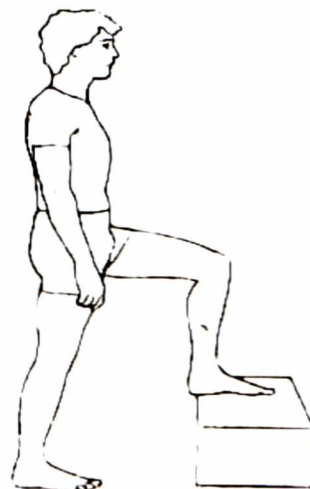
- Có thể hướng dẫn bệnh nhân tự tập bằng cách đứng trong thanh song song, hai tay vịn nhẹ lên hai bên, trọng lượng cơ thể dồn đều trên hai chân. Sau đó yêu cầu bệnh nhân chuyển và dồn trọng lượng sang bên chân liệt, rồi bước chân lành lên một vật gì đó phía trước cao khoảng 15 - 20 cm.



- Khi khả năng thăng bằng và vận động đã tốt hơn, có thể hướng dẫn bệnh nhân tự tập bằng cách đứng thẳng bên cạnh một vật nào đó như tường, bàn để có thể dùng tay vịn đỡ khi cần. Đặt trước mặt một hộp gỗ cao 15 - 20 cm.



- Người tập hướng dẫn bệnh nhân tự điều chỉnh để đứng vững, sau đó chuyển trọng lượng sang chân liệt, bước bàn chân lành lên hộp gỗ đó để dồn toàn bộ trọng lượng lên chân liệt. Giữ như vậy một lúc rồi bước chân lành xuống và làm lại như vậy nhiều lần, tăng dần thời gian đứng bằng chân liệt.



Phục Hồi chức năng

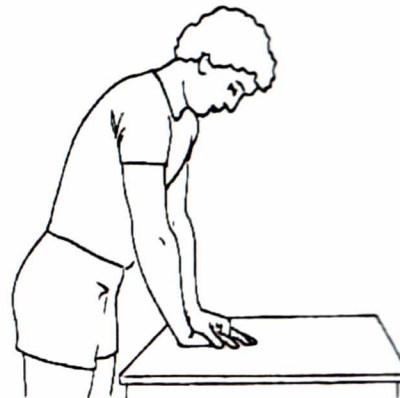
Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

- Có thể hướng dẫn bệnh nhân đứng, đặt bàn chân liệt lên một bục tập vững chắc, cao và rộng khoảng 10-20 cm ở phía trước. Sau đó nhấc chân lành lên khỏi mặt đất, rồi đặt xuống chỗ cũ, hoặc bước và đặt bàn chân lành lên bục tập cùng với chân liệt, hoặc bước chân lành qua bục sang phía bên kia.



4.3. Đồn trọng lượng lên tay liệt làm giảm co cứng ở tay

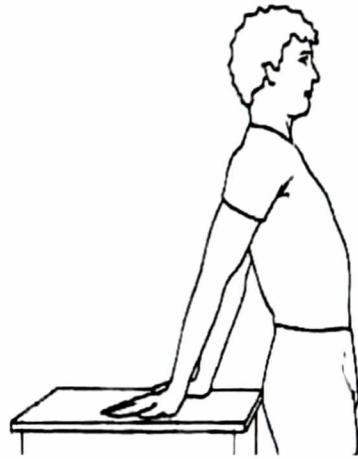
- Người tập hướng dẫn bệnh nhân đứng cạnh bàn, duỗi thẳng hai tay, dùng bàn tay lành úp lên mu bàn tay liệt, giữ bàn tay bên liệt sát trên mặt bàn, sau đó cúi người về phía trước làm gấp khớp cổ tay tối đa về phía mu để đồn trọng lượng lên tay liệt.



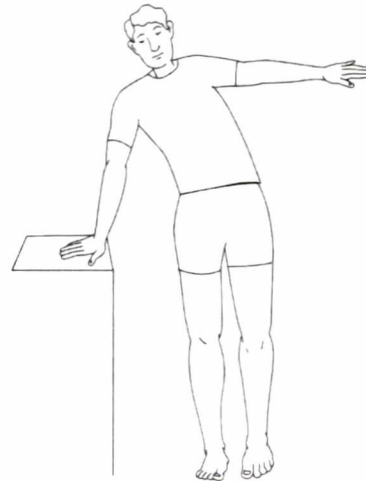
- Có thể tập đồn trọng lượng lên tay liệt như sau: bệnh nhân đứng thẳng, tay liệt duỗi, đặt lòng bàn tay sát trên mặt bàn, các ngón tay duỗi, dẹt. Dùng tay lành giữ khuỷu tay liệt duỗi thẳng, sau đó cúi về phía trước đồn trọng lượng lên tay liệt.



- Bệnh nhân cũng có thể tập bằng cách đứng quay lưng về phía bàn, hai tay duỗi thẳng, lòng bàn tay hai bên sát trên mặt bàn, các ngón tay duỗi. Sau đó hướng dẫn bệnh nhân ngã người ra phía sau dồn trọng lượng lên hai tay.

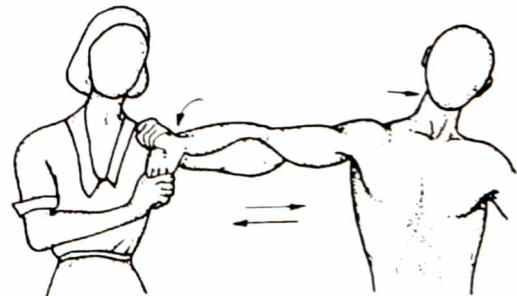


- Hoặc bệnh nhân đứng phía bên liệt cạnh bàn, tay liệt duỗi, lòng bàn tay sát trên mặt bàn, khớp cổ tay gấp tối đa về phía mu. Sau đó người tập hướng dẫn bệnh nhân nghiêng người về phía bên liệt, dồn trọng lượng lên tay liệt. Giữ như vậy trong vài phút sẽ làm giảm co cứng ở tay liệt.



4.4. Tập vận động hai tay

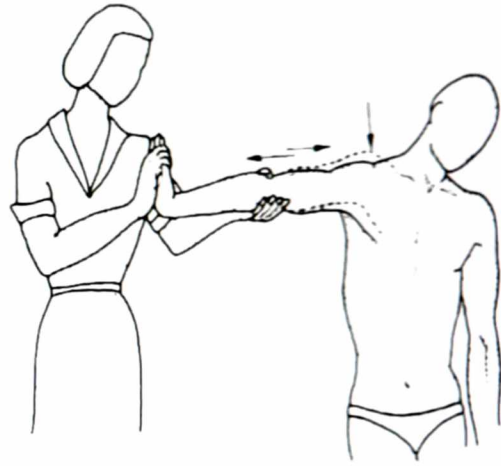
- Bệnh nhân đứng, người tập đứng về phía bên liệt, làm duỗi tay liệt của bệnh nhân vuông góc, sau đó dùng cẳng tay khác bên với tay liệt làm duỗi khớp khuỷu, xoay ngửa cẳng tay, duỗi và dạng ngón cái, bàn tay kia làm duỗi và gấp các ngón tay khác về phía mu.



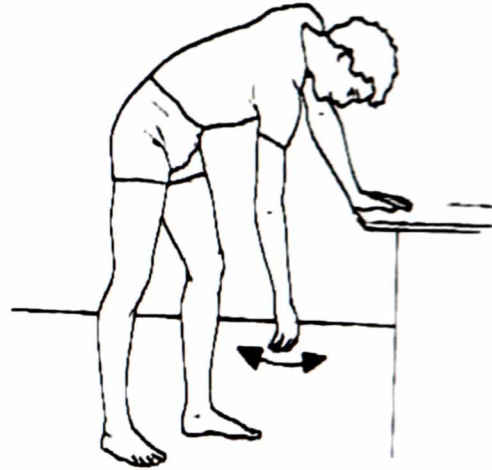
Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

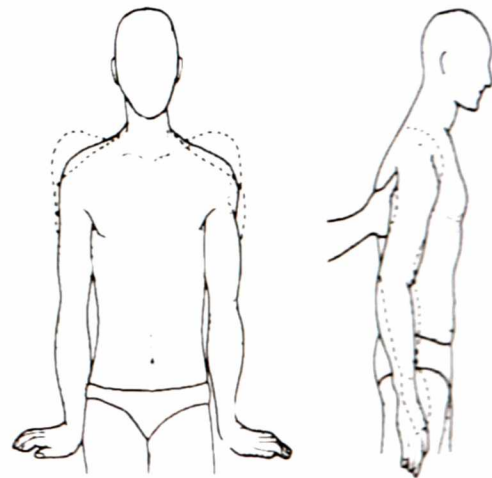
- Người tập có thể ức chế co cứng các cơ của vai, tay bằng cách đứng về phía bên liệt của bệnh nhân, một tay đỡ khuỷu tay bên liệt duỗi thẳng, tay kia nắm giữ và duỗi các ngón sau đó gấp khớp cổ tay bên liệt về phía mu đến mức tối đa.



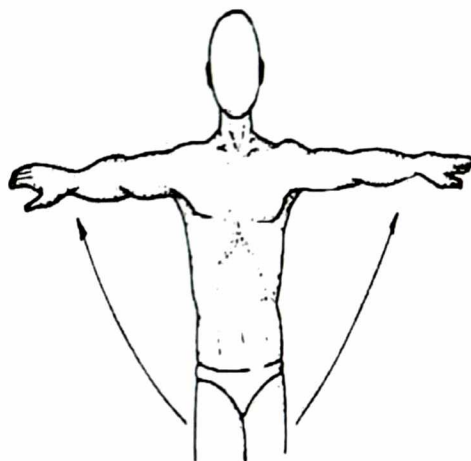
- Bệnh nhân đứng cạnh bàn, chân bên lành ở phía trước, chân bên liệt phía sau, tay lành vịn nhẹ trên mặt bàn. Sau đó cúi thấp xuống, thả lỏng rồi vận động tay liệt ra trước, ra sau như trong hình vẽ để làm giảm co cứng và tăng khả năng vận động.



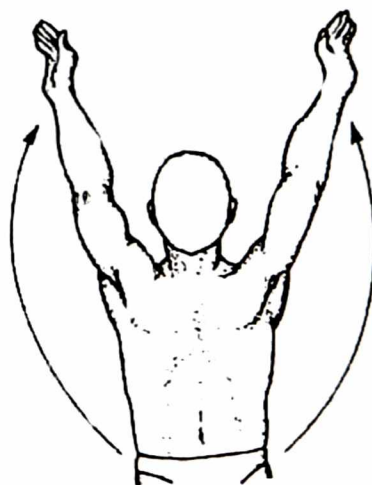
- Ức chế co cứng cơ của khớp vai và cơ gấp bên của thân mình bằng cách người tập hướng dẫn bệnh nhân ngồi hoặc đứng, đầu và thân mình thẳng, cân xứng hai bên, hai tay duỗi dọc theo thân sau đó tập vận động “nhún vai” như trong hình vẽ.



- Bệnh nhân đứng thẳng, đầu và thân mình cân xứng, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai chân, hai tay duỗi xuôi dọc theo thân, lòng bàn tay hướng về phía thân. Người tập hướng dẫn bệnh nhân dạng hai tay sang ngang, giữ hai tay như vậy trong vài chục giây.



Sau đó đưa hai tay lên phía đầu đến mức tối đa, giữ hai tay ở vị trí đó vài chục giây rồi đưa hai tay trở lại thời điểm bắt đầu và tập lại như trên. Khi bệnh nhân có thể giữ hai tay ở các vị trí kháng lại trọng lực như vậy thì cơ cứng ở vai và tay sẽ giảm đi và khả năng vận động của tay sẽ tốt hơn.



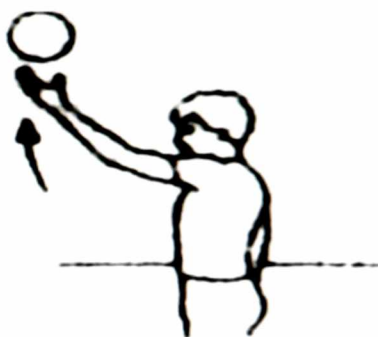
- Bệnh nhân đứng thẳng, hai bàn chân sát trên sàn nhà, cách nhau khoảng rộng bằng vai, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai chân. Người tập hướng dẫn bệnh nhân duỗi thẳng hai tay dọc theo thân mình, sau đó lần lượt luân phiên đưa từng tay ngược chiều lên phía đầu và xuống phía chân.



Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

- Bệnh nhân đứng thẳng, cân xứng hai bên, hai bàn chân sát trên sàn nhà, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai chân. Người tập hướng dẫn bệnh nhân dùng tay liệt tập với bóng, tay duỗi thẳng đưa bóng lên cao quá đầu ở phía trước



- Bệnh nhân điều chỉnh thẳng bằng, sau đó xoay người, đưa bóng sang phía bên, vẫn giữ bóng ở vị trí cao quá đầu, rồi đưa bóng xuống phía dưới, ra phía trước bụng. Người tập lưu ý bệnh nhân giữ tư thế đứng thẳng, trọng lượng dồn đều trên hai chân.



- Bệnh nhân tiếp tục tập xoay trong khớp vai bên liệt, đưa bóng ra phía sau lưng, chuyển bóng sang bên tay lành và làm lại như trước. Đây là bài tập toàn thể về phối hợp vận động và thăng bằng của tay chân, thân mình của cả hai bên.



- Để tăng cường chức năng vận động phối hợp toàn thân và của tay liệt, người tập cũng có thể hướng dẫn bệnh nhân tập dùng tay liệt nâng bóng và đập bóng xuống sàn nhà. Chú ý hướng dẫn bệnh nhân chỉ vận động khớp cổ tay và cẳng tay để thực hiện bài tập vận động này.



4.5. Tập chuyển và dồn trọng lượng lần lượt lên hai chân

Bình thường khi đứng thẳng, trọng lượng cơ thể được phân phối đều lên cả hai chân hoặc chênh lệch không đáng kể, nhưng với người bệnh liệt nửa người thì trọng lượng dồn hầu hết sang bên lành.

Trong luyện tập phục hồi chức năng, để giúp bệnh nhân có khái niệm và cảm nhận được động tác chuyển trọng lượng sang phía bên nào và dồn trọng lượng lên chân nào, cũng như việc đánh giá bệnh nhân đã chuyển và dồn trọng lượng lên chân liệt chưa cũng không dễ dàng để nhận biết đối với người tập vì sau tai biến, khả năng nhận thức của bệnh nhân cũng bị rối loạn.

Xuất phát từ nhu cầu thực tế đó, chúng tôi đã tự làm một dụng cụ để khám và lượng giá chức năng, đồng thời cũng là dụng cụ tập, đánh giá và theo dõi kết quả cho bệnh nhân, đảm bảo độ tin cậy, có thể làm và sử dụng ở tất cả các cơ sở phục hồi chức năng. Dụng cụ đó là hai chiếc cân sức khỏe được ghép lại với nhau trong một chiếc hộp gỗ làm giá đỡ.

Để sử dụng, đầu tiên hãy cân xem bệnh nhân nặng bao nhiêu ki lô gam, sau đó yêu cầu bệnh nhân đứng mỗi chân lên một mặt cân, kiểm tra mức phân bố trọng lượng của bệnh nhân lên hai cân như thế nào, ghi lại kết quả. Sau đó hướng dẫn bệnh nhân tập nghiêng người sang bên liệt, làm như là đè chân liệt xuống mặt cân để dồn trọng lượng sang bên liệt.

Khi trọng lượng cơ thể đã dồn đều lên hai chân, người tập thông báo cho bệnh nhân biết để giúp bệnh nhân có cảm nhận là họ đã biết cách chuyển trọng lượng sang chân bên liệt và dồn trọng lượng lên chân bên liệt đến khi nào là đủ để đạt mức cân xứng cả hai bên.

Với dụng cụ này, người tập có thể kiểm tra được cụ thể mức độ mất cân bằng của bệnh nhân như thế nào, bệnh nhân có biết là đã chuyển và dồn bao nhiêu phần trăm trọng lượng cơ thể lên chân bên liệt và chân lành. Sau một thời gian tập nhất định, theo định kỳ người tập đánh giá lại kết quả, so sánh với kết quả của lần đánh giá trước để xem bệnh nhân có tiến bộ không. Nếu cần có thể điều chỉnh thời gian và mức độ tập luyện cho phù hợp.

Hiện nay trên thị trường đã có những trang thiết bị hiện đại, đa chức năng để đánh giá khả năng điều chỉnh thăng bằng của bệnh nhân. Tuy nhiên, những dụng cụ này thường đắt tiền chưa phù hợp với hoàn cảnh thực tế của chúng ta, đặc biệt là ở các tuyến cơ sở vẫn đang rất cần những dụng cụ theo kỹ thuật thích nghi như thế này. Để sử dụng “cân thăng bằng” này bệnh nhân có thể đứng trong thanh song song, hoặc đứng cạnh một vật gì đó chắc chắn để khi cần có thể vịn tay đỡ cho khỏi ngã.

- Người tập hướng dẫn bệnh nhân đứng mỗi chân lên một bên cân, sau đó bệnh nhân tập chuyển trọng lượng từ bên chân lành sang bên chân liệt và từ bên chân liệt sang bên chân lành, rồi tập dồn trọng lượng lần lượt lên hai chân.

Dụng cụ này cũng có thể dùng để khám và đánh giá mức độ mất cân bằng của bệnh nhân khi đứng đồng thời kiểm tra và đánh giá kết quả tập luyện của bệnh nhân.

- Một trong những dụng cụ tốt nhất để bệnh nhân tập dồn trọng lượng lần lượt sang hai bên chân ở tư thế đứng là dụng cụ “leo núi”. Chúng tôi đã cải tiến loại dụng cụ này từ một dụng cụ luyện tập thông thường thành dụng cụ chuyên biệt tập luyện cho người bệnh liệt nửa người.

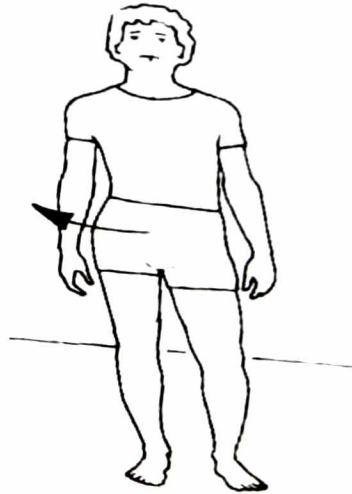
Bước lên xuống cầu thang cũng là cách tập rất tốt để dồn trọng lượng lần lượt lên hai chân.



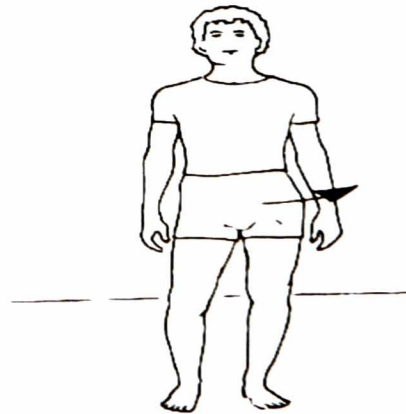
- Cũng có thể tập cho bệnh nhân chuyển và dồn trọng lượng lần lượt lên hai chân như sau: người tập hướng dẫn bệnh nhân đứng, đầu và thân mình thẳng, cân xứng hai bên, hai tay thả lỏng dọc theo thân, hai bàn chân cách nhau khoảng 15 - 20 cm, trọng lượng dồn đều lên hai chân.



- Sau đó người tập hướng dẫn bệnh nhân đưa hông sang phía bên liệt (theo chiều mũi tên), nghiêng người và chuyển trọng lượng cơ thể sang chân bên liệt, giữ như vậy trong vài chục giây rồi trở về tư thế đứng thẳng ban đầu. Lưu ý bệnh nhân vẫn giữ đầu và thân mình thẳng khi thực hiện động tác.



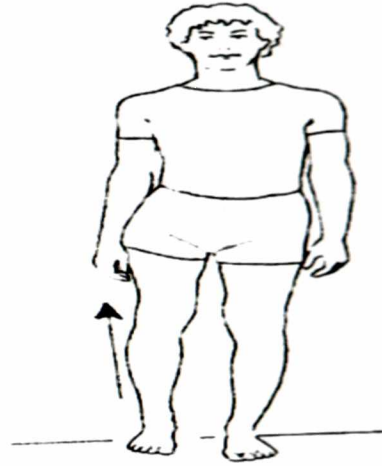
- Từ vị thế đứng thẳng này, người tập hướng dẫn bệnh nhân tập đưa hông sang phía bên lành, nghiêng người và chuyển trọng lượng sang chân bên lành, giữ như vậy trong vài chục giây rồi tập lại luân phiên nhiều lần như đã làm ở trên.



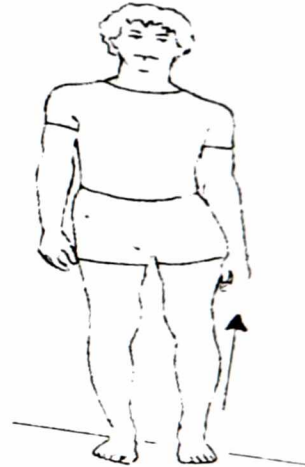
Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

- Bệnh nhân cũng có thể tập bằng cách đứng thẳng, lấy chân lành làm trụ, sau đó nhấc bàn chân bên liệt lên khỏi sàn nhà để toàn bộ trọng lượng cơ thể dồn lên chân bên lành. Người tập luôn đứng về phía bên liệt để hỗ trợ khi cần thiết và đề phòng bệnh nhân ngã.



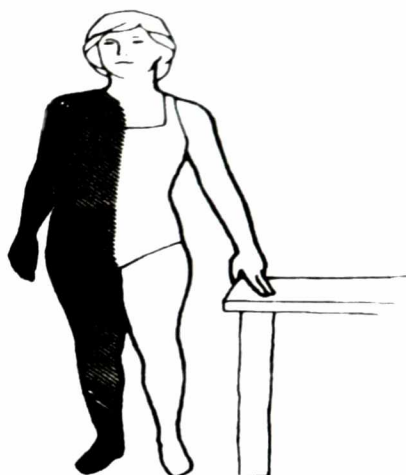
- Sau đó bệnh nhân lấy chân liệt làm trụ, đứng bằng chân liệt, dạng và nhấc bàn chân lành lên khỏi sàn nhà để toàn bộ trọng lượng cơ thể dồn lên chân liệt. Để an toàn, nên cho bệnh nhân đứng bên cạnh một vật gì đó (bàn, tường...) để có thể vịn đỡ khi cần thiết.



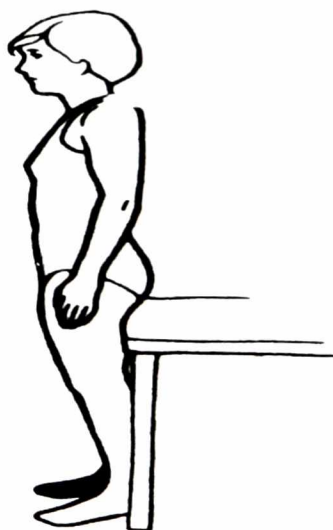
- Bệnh nhân có thể tự tập bằng cách đứng tựa hông bên lành vào mép bàn, hoặc vịn nhẹ tay lành lên mặt bàn, chân lành trước, chân liệt sau cách nhau khoảng 15 - 20cm. Người tập hướng dẫn bệnh nhân đưa hông ra trước, gấp chân liệt lại, chuyển trọng lượng cơ thể sang bên chân lành, giữ như vậy vài chục giây.



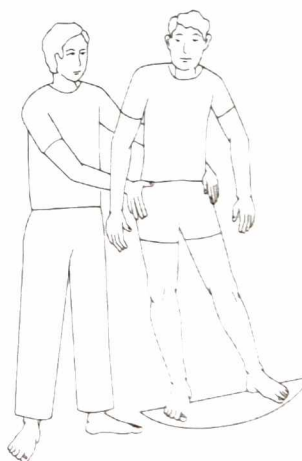
- Sau đó vẫn ở vị thế đứng như vậy, người tập hướng dẫn bệnh nhân từ từ duỗi chân bên liệt ra, gấp chân bên lành lại, lấy chân liệt làm trụ. Rồi chuyển trọng lượng cơ thể sang chân bên liệt, giữ như vậy vài chục giây. Tiếp tục tập luân phiên như vậy đối với cả hai chân.



- Có thể hướng dẫn bệnh nhân tập bằng cách đứng tựa nhẹ hông vào mép bàn, hai bàn chân ngang nhau, cách nhau 15-20 cm, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai chân. Sau đó lần lượt tập chuyển trọng lượng sang chân bên lành, rồi lại chuyển trọng lượng sang chân bên liệt như đã làm ở trên.



- Bệnh nhân có thể tập thăng bằng, chuyển và dồn trọng lượng bằng “ván nghiêng” theo hướng bên bên. Người tập đứng về phía bên liệt, hỗ trợ bằng cách giúp bệnh nhân vận động hông và thân mình để khi trọng lượng dồn lên chân bên nào thì thân mình bên đó kéo dài ra và vai bên đó nâng cao lên.

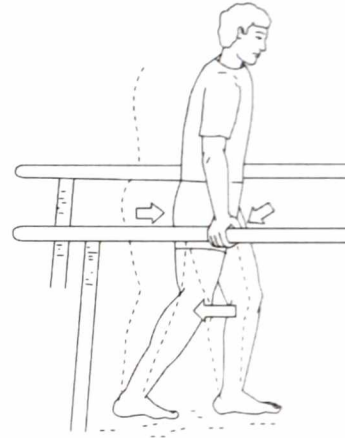


- Tập vận động theo hướng trước sau. Người tập trợ giúp bệnh nhân vận động hông và thân mình, chuyển trọng lượng về phía trước bằng cách ngả người ra phía sau. Khi trọng lượng cơ thể chuyển ra phía sau bệnh nhân phải ngả người về phía trước.



4.6. Tập gập, duỗi khớp háng và khớp gối bên liệt

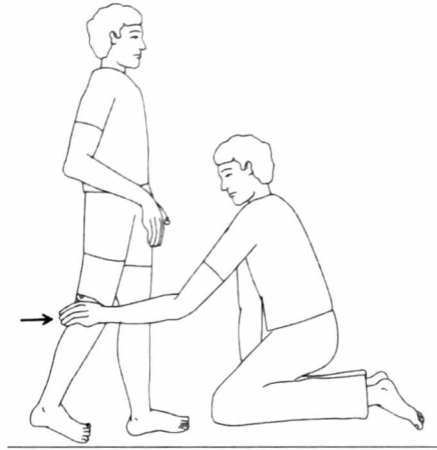
- Bệnh nhân đứng trong thanh song song, chân lành ở trước, chân liệt ở phía sau. Người tập hướng dẫn bệnh nhân vịn nhẹ hai tay lên hai thanh song song, dồn trọng lượng lên chân lành ở phía trước, sau đó tập gập và duỗi khớp gối và khớp háng bên liệt.



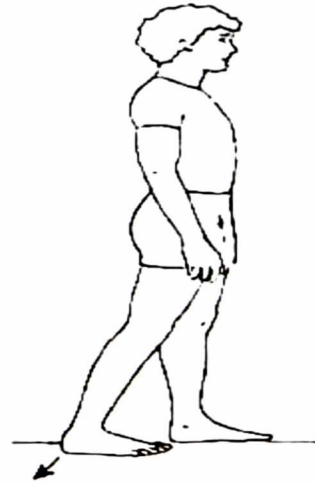
- Hoặc người tập hướng dẫn bệnh nhân đứng thẳng, vịn nhẹ tay lành vào một vật nào đó bên cạnh để giữ thăng bằng, hai bàn chân ngang nhau cách nhau khoảng 15 - 20 cm. Sau đó yêu cầu bệnh nhân dồn trọng lượng lên chân lành, rồi tập gập, duỗi khớp gối và khớp háng bên liệt như trong hình vẽ.



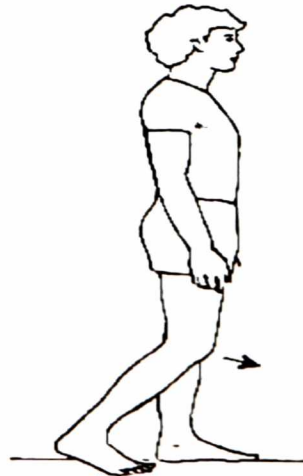
- Bệnh nhân có thể đứng, vịn nhẹ tay lành vào một vật nào đó bên cạnh để giữ thăng bằng, chân liệt ở sau, chân lành ở trước, cách nhau khoảng rộng bằng vai. Người tập yêu cầu bệnh nhân dồn trọng lượng lên chân lành ở phía trước, rồi tập gấp và duỗi khớp háng và khớp gối chân liệt ở phía sau.



- Hoặc người tập hướng dẫn bệnh nhân đứng vịn nhẹ tay lành vào một vật nào đó bên cạnh để giữ thăng bằng, hai bàn chân cách nhau khoảng 15 - 20 cm, chân lành ở trước chân liệt ở sau. Sau đó yêu cầu bệnh nhân chuyển trọng lượng về phía trước, dồn trọng lượng lên chân bên lành.



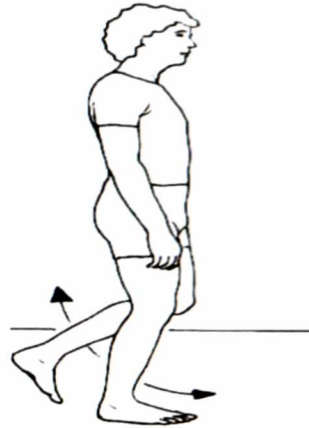
- Khi toàn bộ trọng lượng cơ thể đã dồn lên chân lành ở phía trước, người tập yêu cầu bệnh nhân tập gấp và duỗi khớp háng và khớp gối bên chân liệt. Lưu ý khi gấp khớp háng và khớp gối chỉ nâng gót chân bên liệt (không nhấc cả bàn chân) lên khỏi sàn nhà.



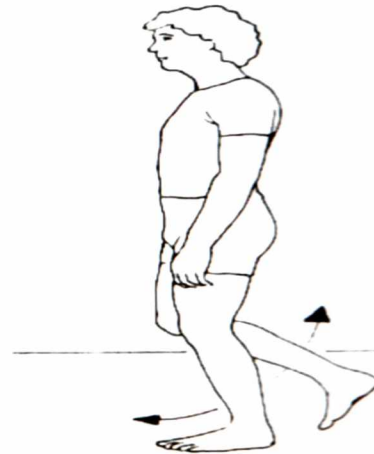
4.7. Tập luân phiên gấp riêng khớp gối từng bên

Một trong số các kĩ thuật cần thiết trong phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não là tập vận động riêng từng khớp chống lại mấu co cứng và vận động khối của bệnh nhân. Ví dụ tập gấp khớp gối ở tư thế đứng trong khi khớp háng duỗi là một trong những bài tập vận động rất cần thiết đối với cả chân liệt và chân lành trước khi tập đi đối với bệnh nhân.

- Bệnh nhân đứng, hai bàn chân sát trên sàn nhà cách nhau 15-20 cm, đầu và thân mình thẳng, hai tay duỗi dọc theo thân. Người tập hướng dẫn bệnh nhân dồn trọng lượng lên chân phải, đứng bằng chân phải, sau đó gấp khớp gối bên trái, nhấc bàn chân lên khỏi sàn nhà trong khi vẫn giữ khớp háng duỗi.



Tiếp tục hướng dẫn bệnh nhân tập lấy chân trái làm trụ, đứng bằng chân trái; gấp khớp gối chân phải lại, nhấc bàn chân phải lên khỏi sàn nhà trong khi vẫn giữ khớp háng bên phải duỗi. Sau đó đưa chân phải về vị trí ban đầu và tập lại như trên.



4.8. Tập kiểm soát vận động của khớp gối bên liệt

Trong phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người, đặc biệt là tập ở vị thế đứng và tập đi, việc tự kiểm soát được vận động khớp

gối bên liệt của bệnh nhân là rất cần thiết trước khi tập đi để bệnh nhân có thể đạt được dáng đi và bước đi theo mẫu vận động bình thường.

Nguyên tắc chung của phục hồi chức năng đối với bệnh nhân liệt nửa người là cho bệnh nhân tập đi càng sớm càng tốt khi bệnh cảnh lâm sàng và tình trạng toàn thân cho phép. Tuy nhiên, để chuẩn bị cho bệnh nhân tập đi thì việc thực hiện các bài tập vận động ở vị thế đứng là rất quan trọng để quyết định chất lượng của dáng đi sau này.

Bệnh nhân không thể bước đi bình thường nếu không thực hiện được bình thường các vận động ở vị thế đứng. Do đó cũng không nên quá vội vàng cho bệnh nhân tập đi khi chưa tập vận động ở vị thế đứng đầy đủ.

- Người tập hướng dẫn bệnh nhân đứng thẳng, cân xứng hai bên, phía bên lành sát cạnh bàn, tựa nhẹ hông bên lành vào mép bàn hoặc vịn nhẹ tay bên lành lên mặt bàn, hai chân duỗi, hai bàn chân ngang nhau, cách nhau khoảng 20 - 30 cm, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai chân.



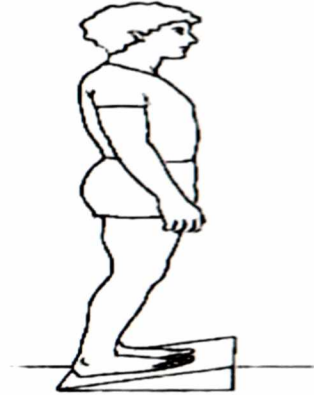
- Sau đó chuyển và dồn trọng lượng lên chân lành, rồi từ từ gấp khớp gối bên chân liệt lại, hướng khớp gối vào trong, về phía chân lành để hạ thấp hông bên liệt xuống. Rồi duỗi khớp gối bên liệt ra, trở về vị thế ban đầu và tập lại như trước. Có thể hướng dẫn bệnh nhân tập với chân lành, lấy chân liệt làm trụ để tăng sự vững chắc của khớp háng bên liệt.



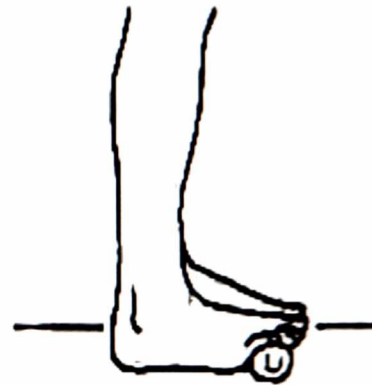
4.9. Làm giảm co cứng ở khớp cổ chân

Nhiều bệnh nhân liệt nửa người bị co ngắn gân gót tạo nên “bàn chân thuổng”. Di chứng này làm cho bệnh nhân không thể bước đi như bình thường mà phải lạng chân liệt lên phía trước tạo nên dáng đi phát cổ. Có thể xử lý di chứng này như sau:

- Làm một hộp bằng gỗ rộng khoảng 30cm, dài 35cm mặt đáy phẳng, mặt trên nghiêng 15 - 20°. Bệnh nhân tập đứng trên hộp gỗ đó mỗi lần 10-15 phút trước khi tập các vận động của chân. Tư thế đứng như vậy để kéo giãn gân gót, giảm co cứng của khớp cổ chân, tạo thuận cho tập luyện dáng đi đúng.



- Một loại di chứng cũng hay gặp là các ngón chân bên liệt bị co cứng gập, quắp xuống làm cho bệnh nhân đi lại khó và bị chai ở đầu các ngón. Có thể phòng ngừa và xử lý bằng cách dùng một mảnh vải dày cuộn tròn lại, kích thước to nhỏ tùy từng bệnh nhân, đặt cuộn vải đó dưới các ngón chân như trong hình vẽ.



- Người tập hướng dẫn bệnh nhân đứng, dẫm các ngón chân bên liệt lên cuộn vải đó mỗi lần 15 - 20 phút, mỗi ngày một vài lần. Bệnh nhân có thể tập bằng cách đứng dựa vào các ngón chân bên liệt lên cuộn vải, rồi tập dồn trọng lượng lên chân liệt, bước chân lành ra phía trước và về phía sau.



Chương 12

TẬP ĐI

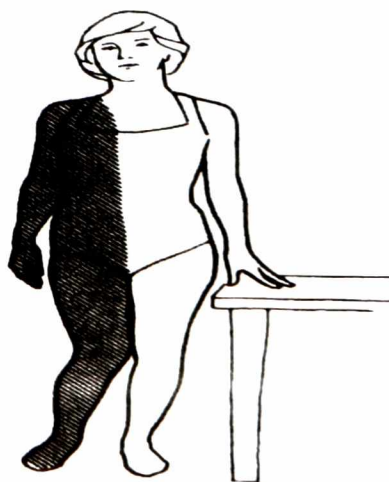
Trước khi bệnh nhân tập đi, người tập nên dành thời gian thích đáng cho bệnh nhân tập bước tại chỗ đặc biệt là bước bằng chân bên liệt để bệnh nhân có khái niệm và cảm giác đúng về bước đi. Khi bệnh nhân đã có cảm nhận đầy đủ về bước đi, có thể sẽ tránh được những dáng đi xấu sau này do không được tập luyện chuẩn bị đầy đủ ban đầu.

Nhiều chuyên gia phục hồi chức năng khuyến cáo không nên cho bệnh nhân tập đi quá sớm khi mà những vận động cơ bản ở tư thế đứng chưa thực hiện được. Vì khi bệnh nhân đã quen với các mẫu vận động bất thường, đặc biệt là dáng đi không bình thường ở giai đoạn di chứng thì việc tập luyện để phục hồi lại dáng đi bình thường là điều rất khó.

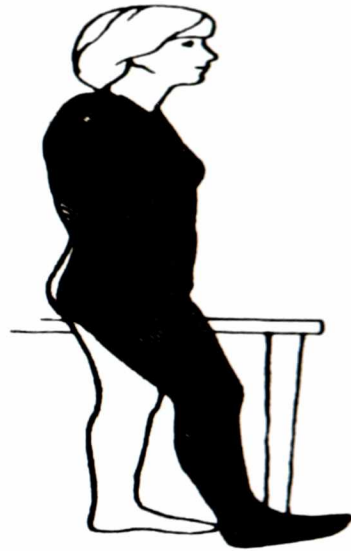
Đi là một động tác phối hợp vận động toàn thân bao gồm cả vận động của thân mình, chân và tay, đồng thời đi cũng là hoạt động phối hợp của vận động với cảm giác, thăng bằng và các giác quan chứ không phải chỉ đơn thuần là vận động của hai chân và hai tay.

1. Tập đứng dồn trọng lượng lên chân lành, bước chân liệt lên phía trước và ra phía sau

- Người tập hướng dẫn bệnh nhân đứng thẳng cạnh bàn, vịn nhẹ tay lành lên mặt bàn hoặc tựa hông bên lành vào mép bàn, hai bàn chân cách nhau 15 - 20 cm, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai chân. Sau đó chuyển trọng lượng sang chân lành, gấp khớp gối bên chân liệt lại đưa về phía khớp gối bên lành.



- Khi đã điều chỉnh thẳng bằng ở chân bên lành tốt rồi, người tập hướng dẫn bệnh nhân từ từ bước chân liệt lên phía trước, chạm gót chân xuống sàn nhà. Trong khi tập bước tại chỗ bệnh nhân vịn tay lành lên mặt bàn càng ít càng tốt. Người tập lưu ý bệnh nhân bước chứ không lạng chân liệt lên phía trước.



Sau khi chạm gót chân bên liệt xuống sàn nhà ở phía trước, người tập hướng dẫn bệnh nhân nhấc chân liệt lên khỏi sàn nhà, bước ra phía sau, chạm các ngón chân xuống sàn nhà để trở về vị trí ban đầu. Trên nguyên tắc như vậy, người tập hướng dẫn bệnh nhân lấy chân liệt làm trụ, bước chân lành lên phía trước và ra sau như đã làm đối với chân liệt.



2. Tăng cường thẳng bằng và kiểm soát vận động của khớp háng và chân bên liệt

Trong phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân, việc bệnh nhân tự thực hiện được vận động là rất cần thiết nhưng quan trọng hơn nữa là bệnh nhân phải kiểm soát được các vận động đó tùy theo các chức năng cụ thể.

- Người tập đứng về phía bên liệt của bệnh nhân để trợ giúp, hoặc hướng dẫn bệnh nhân đứng cạnh một vật gì đó để khi cần có thể vịn đỡ đề phòng ngã. Bệnh nhân đứng thẳng, cân xứng, hai tay thả lỏng dọc theo thân mình, hai bàn chân ngang nhau, cách nhau 15 - 20 cm, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai chân.



- Sau khi đã điều chỉnh được thẳng bằng, người tập hướng dẫn bệnh nhân dồn trọng lượng lên chân liệt, lấy chân liệt làm trụ rồi bước chân lành ra phía sau, đặt mũi bàn chân lành vuông góc với gót bàn chân bên liệt. Điều chỉnh thẳng bằng để đứng ở vị thế đó trong vài chục giây.



- Sau đó từ từ chuyển trọng lượng sang bên chân lành, lấy chân lành làm trụ rồi bước bàn chân liệt về vị trí ngang bằng với bàn chân lành như khi bắt đầu. Hướng dẫn bệnh nhân thực hiện lại vận động như vậy nhiều lần trong ngày. Bệnh nhân có thể tập luân phiên như vậy đối với cả chân lành và chân liệt.



3. Luyện tập dáng đi

Bệnh nhân liệt nửa người muốn đi lại được bình thường trước hết phải đạt được các vận động cơ bản trước khi tập đi như thăng bằng tốt khi đứng, đứng lên, ngồi xuống dễ dàng và an toàn. Sau đó bệnh nhân phải tập để đạt được tầm vận động tối thiểu của các khớp ở chân khi đứng như khớp háng gấp 30° duỗi 10° ; khớp gối gấp 60° duỗi 0° ; khớp cổ chân gấp mặt mu 20° .

Bệnh nhân cần phải thực hiện được tốt các vận động ở vị thế đứng như tập bước tại chỗ bằng cả chân lành và chân liệt với các bước nhịp nhàng về thời gian và khoảng cách. Trong thực tế bệnh nhân liệt nửa người thường không có sự cân xứng như vậy, khi đi bệnh nhân thường bước ngắn và nhanh bằng chân lành để tránh phải đứng và điều chỉnh thăng bằng trên chân liệt, do đó cần phải chuẩn bị tốt cho việc tập đi của bệnh nhân.

- Tập luyện dáng đi cân đối cả về thời gian và độ dài bước chân: bệnh nhân đứng thẳng, phía bên lành cạnh mép bàn, vịn nhẹ tay lành lên mặt bàn, chân lành ở trước chân liệt, cách nhau 20 - 30cm. Người tập hướng dẫn bệnh nhân chuyển trọng lượng sang chân bên lành ở phía trước.



- Sau đó gấp khớp gối bên liệt lại, đưa khớp gối bên liệt vào trong về phía chân bên lành. Như vậy trọng lượng cơ thể đã chuyển hầu hết sang bên chân lành, chân bên lành trở thành chân trụ. Người tập lưu ý bệnh nhân điều chỉnh thăng bằng trên chân bên lành để đứng vững.



Bước chân liệt lên phía trước, từ từ đặt gót chân xuống sàn nhà, rồi chuyển trọng lượng về phía trước trên chân liệt, lấy chân liệt làm trụ, gấp khớp gối bên lành lại. Điều chỉnh thăng bằng trên chân liệt để đứng vững, rồi bước chân lành lên phía trước, đặt gót chân xuống sàn nhà (trở lại vị thế ban đầu). Tiếp tục tập như đã làm ở trên.



4. Tập bước tại chỗ trên bàn chạy

Cùng với các dụng cụ như xe đạp, leo núi, ghế bập bênh, bàn thăng bằng, bàn chạy cũng là một loại dụng cụ cần thiết cho bệnh nhân liệt nửa người tập bước tại chỗ trên bề mặt chuyển động như là khi bước đi. Cần lưu ý bệnh nhân giữ cân bằng giữa hai bên trong khi tập với những bước nhịp nhàng cả về khoảng cách và thời gian.

- Bàn chạy là dụng cụ tập luyện thể thao thông thường, chúng tôi đã sử dụng như dụng cụ chuyên tập cho bệnh nhân liệt nửa người. Tập bước tại chỗ trên bàn chạy để tạo cho bệnh nhân cảm giác di chuyển thực như khi bước đi. Lưu ý bệnh nhân điều chỉnh thăng bằng, tạo các bước đều với cả hai chân, các bước có độ dài và thời gian như nhau.



5. Tập đi

Để trợ giúp cho bệnh nhân tập đi, người tập có thể đứng phía trước, phía bên liệt hoặc phía sau của bệnh nhân tùy mức độ cần trợ giúp của từng người bệnh cụ thể.

- Người tập đứng phía trước, đặt bàn tay bên liệt của bệnh nhân tựa vào thân mình, dùng cánh tay giữ tay liệt của bệnh nhân duỗi, đồng thời đặt bàn tay của mình lên phía trên vùng hông bên liệt để giữ hoặc đẩy hông bên liệt xuống mỗi khi bệnh nhân nhắc chân liệt lên khi bước đi.



- Người tập có thể đứng về phía bên liệt của bệnh nhân, một tay nắm giữ bàn tay bên liệt ở tư thế gấp tối đa về phía mu, tay kia đỡ khớp khuỷu ở tư thế duỗi và nâng vai bên liệt lên để phòng ngừa phản ứng liên hợp làm gấp tay liệt khi bệnh nhân bước đi.



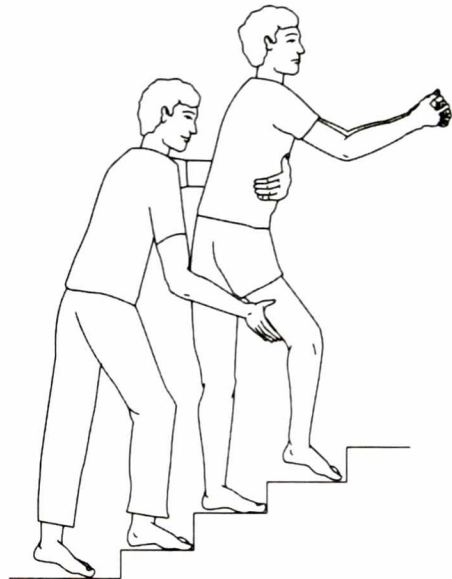
- Có thể hỗ trợ cho bệnh nhân bằng cách: người tập đứng phía sau, hai bàn tay đặt lên hai bên hông của bệnh nhân để giúp bệnh nhân giữ thăng bằng đồng thời phòng ngừa hông bên liệt bị kéo lên trên khi bệnh nhân bước đi (dùng tay ấn hông bên liệt xuống mỗi khi bệnh nhân nhắc chân liệt lên).



6. Tập đi lên, xuống dốc và lên xuống cầu thang

Bước lên, xuống cầu thang là loại vận động rất tốt để khuyến khích và giúp bệnh nhân tập dần trọng lượng lần lượt lên hai chân trong khi di chuyển. Có thể tập cho bệnh nhân đi lên xuống cầu thang ngay cả khi bệnh nhân chưa tự đi một mình được với điều kiện người tập trợ giúp bệnh nhân đúng cách để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

- Khi tập bước lên cầu thang, người tập hỗ trợ bệnh nhân lấy chân liệt làm trụ, bước chân lành lên bậc thang đầu tiên rồi bước chân liệt lên bậc thang tiếp theo. Người tập giúp bệnh nhân nhắc chân liệt lên, đặt bàn chân lên bậc thang ở trên và trợ giúp cho khớp gối bên liệt khi bệnh nhân bước chân lành lên bậc thang tiếp theo.



- Khi xuống cầu thang, bệnh nhân bước xuống bậc thang đầu tiên bằng chân lành. Người tập giúp bệnh nhân đưa hông và chân liệt ra trước khi bước chân liệt xuống và hỗ trợ làm khớp gối vững chắc khi lấy chân liệt làm trụ để bước chân lành xuống bậc thang tiếp theo.



Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

- Đi lên dốc: người tập đứng về phía bên liệt hoặc đứng sau bệnh nhân, hướng dẫn bệnh nhân bước đầu tiên lên dốc bằng chân bên lành. Lưu ý trợ giúp khi bệnh nhân bước chân liệt lên và khi lấy chân liệt làm trụ để bước chân lành lên.

- Đi xuống dốc: Bệnh nhân bước đầu tiên xuống dốc bằng chân lành, người tập cần trợ giúp khi bệnh nhân dùng chân liệt làm trụ để bước chân lành xuống.



- Tự bước lên cầu thang: bệnh nhân đứng ở chân cầu thang, vịn tay lành lên tay vịn cầu thang, chuyển trọng lượng sang bên chân liệt và bước chân lành lên bậc thang đầu tiên, rồi bước chân liệt lên bậc thang tiếp theo.

- Bước xuống cầu thang: người tập hướng dẫn bệnh nhân bước xuống bậc thang đầu tiên bằng chân lành, rồi bước chân liệt xuống bậc thang tiếp theo.



7. Tập đi trên những bề mặt không bằng phẳng và các địa hình khác nhau

- Sau khi đi lại được trong phòng tập, trên mặt sàn nhà bằng phẳng, bệnh nhân cần được tập đi lại ngoài trời, đi trên những bề mặt bằng phẳng và không bằng phẳng. Thông thường sau khi ra viện trở về với gia đình, bệnh nhân cần một khoảng thời gian để tái thích nghi, khoảng thời gian này ngắn hay dài tùy thuộc vào chất lượng phục hồi chức năng trước đó của bệnh nhân ở bệnh viện và các cơ sở phục hồi chức năng.



Tất cả các cơ sở phục hồi chức năng cần có khu vực tập luyện ngoài trời cho mọi hoạt động, nghĩa là bệnh nhân sẽ được tập luyện ở môi trường giống như ở nơi mà trước đây họ đã sống và họ đang chuẩn bị quay trở lại để tái hoà nhập sau khi đã được điều trị và phục hồi chức năng ở môi trường bệnh viện.



Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

Khu vực tập luyện ngoài trời đồng thời là khu thể thao, vui chơi giải trí, có thể coi đây là khu vực trung chuyển giữa môi trường bệnh viện với gia đình và cộng đồng. Hình thức tập luyện phong phú và càng giống với môi trường của cộng đồng càng tốt.



Chương 13

MỘT SỐ DỤNG CỤ TRỢ GIÚP TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI

Trong phục hồi chức năng, đặc biệt là phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người, dụng cụ trợ giúp là một trong những phần không thể thiếu để tạo nên kết quả phục hồi toàn diện. Có những bệnh nhân phải sử dụng một hoặc vài loại dụng cụ trợ giúp nào đó lâu dài, có thể trong suốt thời gian còn lại đối với cuộc sống của họ.

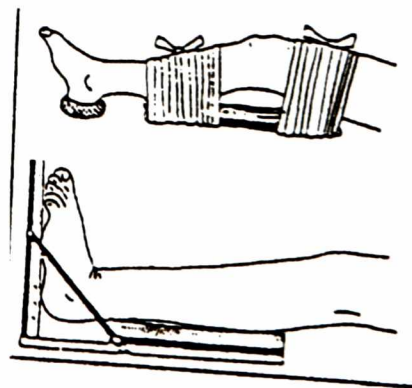
Dụng cụ trợ giúp có ba loại chính là dụng cụ trợ giúp điều trị và tập luyện, dụng cụ trợ giúp di chuyển và sinh hoạt hàng ngày, dụng cụ chỉnh hình. Về nguyên tắc, các dụng cụ trợ giúp càng đơn giản, dễ sử dụng, gắn gũi với đời sống thường ngày của bệnh nhân và cộng đồng càng tốt. Hiện nay, ngoài các kĩ thuật tiên tiến, người ta nói nhiều đến kĩ thuật thích nghi.

Kĩ thuật thích nghi hay kĩ thuật thích hợp là loại kĩ thuật phổ biến có thể thực hiện tại cộng đồng, sử dụng các nguyên vật liệu sẵn có của cộng đồng, do chính người của cộng đồng đó thực hiện để làm ra các dụng cụ đơn giản, rẻ tiền, dễ sử dụng, phù hợp với hoàn cảnh thực tế của bệnh nhân và cộng đồng.

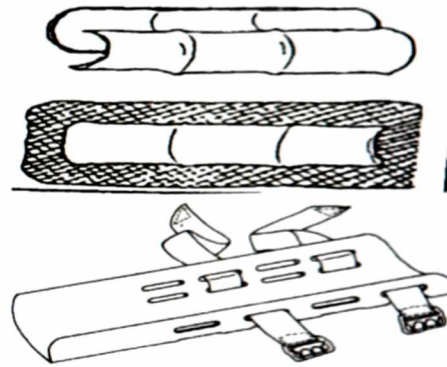
1. Một số dụng cụ trợ giúp điều trị và tập luyện

Ngoài các dụng cụ đã nói đến trong phần các bài tập, một số dụng cụ khác cũng thường được sử dụng như sau:

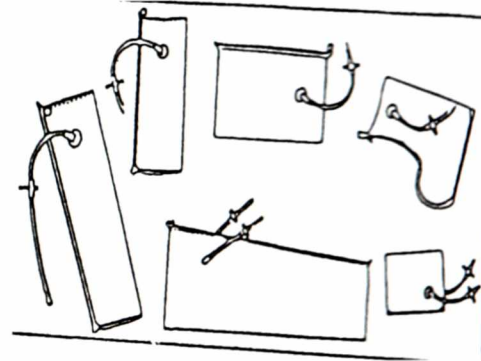
- Máng nẹp khớp gối để phòng ngừa và kéo giãn khớp gối co cứng gập. Vòng đỡ gót chân phòng ngừa loét gót và mất cá chân do đè ép. Máng đỡ bàn chân và khớp cổ chân giữ bàn chân gập về phía mu tối đa phòng ngừa bàn chân thưỡn.



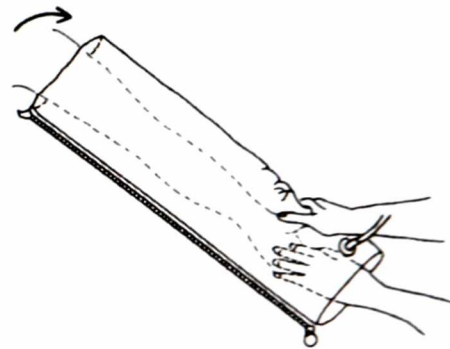
- Máng nẹp khuỷu tay dùng để hỗ trợ khớp khuỷu trong động tác tập dồn trọng lượng lên tay liệt nhưng khuỷu tay còn yếu không giữ khớp khuỷu duỗi thẳng được, hoặc có thể dùng để kéo giãn khuỷu tay, làm duỗi khớp khuỷu khi khớp khuỷu bị co cứng gập.



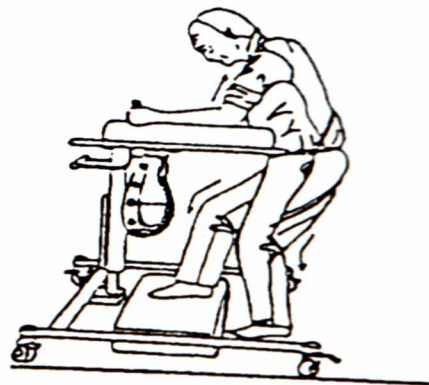
- Một số nẹp hơi trợ giúp cho tay và chân để làm vững chắc thêm các khớp trong giai đoạn liệt mềm, giữ cho chi và khớp ở vị thế đúng và làm giảm co cứng trong giai đoạn tăng trương lực cơ trước khi thực hiện các bài tập vận động.



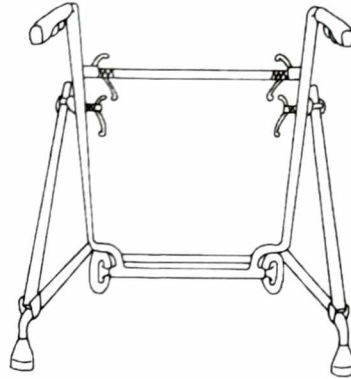
- Nẹp hơi có thể giữ cố định tay hoặc chân bệnh nhân ở tư thế mong muốn trong kỹ thuật vị thế, hoặc trong khi tập vận động. Hình bên là nẹp hơi giữ tay ở tư thế xoay ngoài, khuỷu tay duỗi, cẳng tay xoay ngửa, các ngón tay duỗi, dạng.



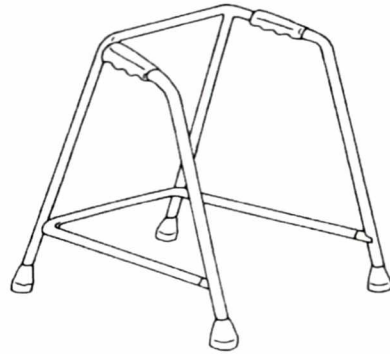
- Ghế nâng giúp bệnh nhân tập đứng lên sớm khi người bệnh chưa tự đứng được. Đây là dụng cụ trợ giúp hữu hiệu trong phục hồi chức năng, ghế có hệ thống nâng do người tập điều khiển, sau đó có thể hướng dẫn bệnh nhân tự sử dụng bằng tay bên lành.



- Khung tập đi bằng nhôm hoặc kim loại, có bốn bánh xe hoặc chỉ có hai bánh ở phía sau. Khi tập đi, bệnh nhân chỉ phải đẩy khung về phía trước và bước chân theo. Loại khung này thường dùng cho bệnh nhân tập đi trong nhà và trên bề mặt bằng phẳng.

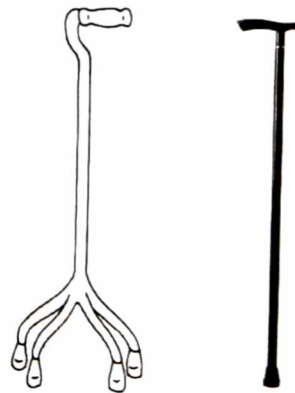


- Sau đó dùng khung tập đi không có bánh xe, khi tập đi với khung này đòi hỏi bệnh nhân phải chủ động hơn, dùng hai tay nâng khung lên đưa về phía trước và bước chân theo. Có thể tập đi ở các địa hình khác nhau, trên bề mặt bằng phẳng hoặc gồ ghề.

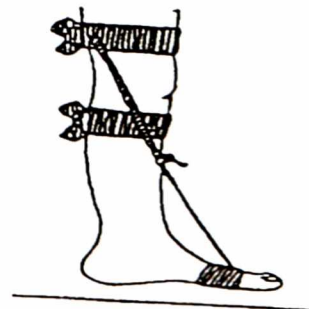


- Gậy là loại dụng cụ trợ giúp rất được phổ biến để tập đứng và đi đối với bệnh nhân liệt nửa người trước khi họ có thể tự đứng và đi.

- Gậy tập có thể làm bằng kim loại, gỗ, tre... có một, hai, ba hoặc bốn chân chống, chọn loại nào tùy thuộc vào mức độ cần trợ giúp của mỗi bệnh nhân.



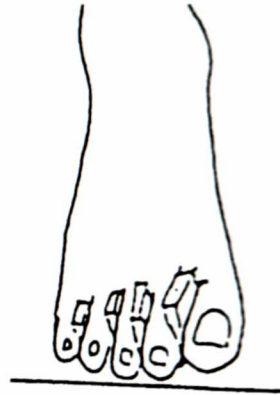
- Nếu khớp cổ chân không co cứng hoặc co cứng nhẹ, có thể làm đai nâng bàn chân đơn giản bằng vải và dây cao su. Đai nâng bàn chân trợ giúp bệnh nhân động tác gấp khớp cổ chân về phía mu bàn chân khi tập vận động khớp cổ chân và tập đi.



- Đai nâng bàn chân được hướng dẫn làm và sử dụng rộng rãi trong chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Đai nâng bàn chân có thể dùng cho bệnh nhân đi giày, dép hoặc đi chân đất.



- Để phòng ngừa hoặc làm giảm co cứng gập, khớp của các ngón chân, có thể dùng xốp làm thành khuôn hoặc cắt thành từng mảnh có độ dày nhất định để giữ các ngón chân ở tư thế duỗi, dạng và cách nhau với một khoảng cách và mức độ thích hợp tùy theo mức độ co cứng của chân.



- Để phòng ngừa hoặc làm giảm co cứng gập, khớp của các ngón tay, người ta có thể dùng xốp làm thành khuôn để giữ các ngón tay ở tư thế duỗi, dạng và cách nhau ở một khoảng cách và mức độ thích hợp tùy theo tình trạng co cứng và mức độ hạn chế vận động của tay.

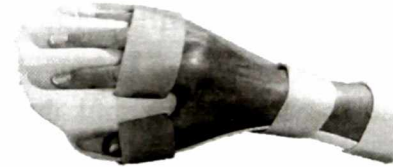


- Đai nâng vai: sau đột quỵ nhiều bệnh nhân bị bán trật khớp vai và đau vai. Dùng đai nâng vai (may bằng vải dầy) kết hợp với kỹ thuật vị thế và tập vận động là cách tốt nhất phòng ngừa di chứng sau này. Đai nâng vai phải đỡ được cả khuỷu tay và cẳng tay, giữ cho cẳng tay và khớp cổ tay ở vị trí trung gian, các ngón tay duỗi, ngón cái duỗi và dạng.



2. Một số dụng cụ chỉnh hình

- Trong giai đoạn co cứng, nẹp bàn - cổ tay là dụng cụ trợ giúp tốt nhất phòng ngừa di chứng gấp khớp cổ tay về phía lòng bàn tay, hạn chế hoặc mất chức năng bàn tay. Nẹp chỉnh hình này giữ khớp cổ tay ở vị trí chức năng là gấp về phía mu bàn tay khoảng 15° , khớp bàn ngón hơi gấp, ngón tay cái duỗi dạng, các ngón khác duỗi.

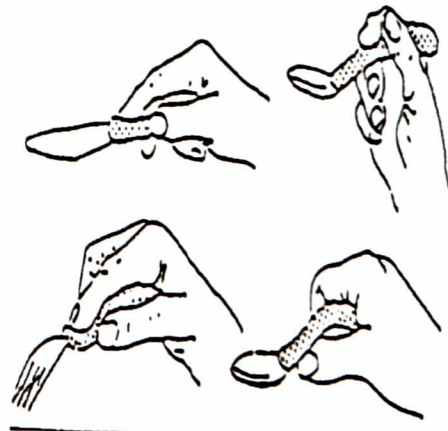


- Nẹp bàn - cổ chân (AFO) là loại nẹp thường được sử dụng để điều chỉnh tư thế của chân và bàn chân ở giai đoạn tập đứng và tập đi, khi chân và bàn chân bệnh nhân bị co cứng, nghiêng ra ngoài. Có hai loại nẹp bàn cổ chân, loại có khớp cổ chân và loại không có khớp.



3. Một số dụng cụ trợ giúp trong các hoạt động tự chăm sóc

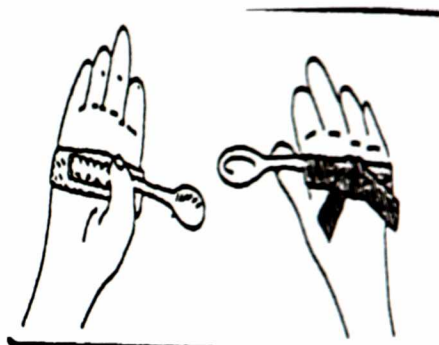
- Một số dụng cụ trợ giúp cho bàn tay và các ngón khi bệnh nhân khó hoặc không cầm nắm được. Nguyên tắc chung là làm cho các đồ vật cần sử dụng có cán to lên, hoặc có độ cong phù hợp để dễ cầm nắm, hoặc bằng cách nào đó cố định các đồ vật cần sử dụng vào bàn tay bệnh nhân như trong các hình vẽ.



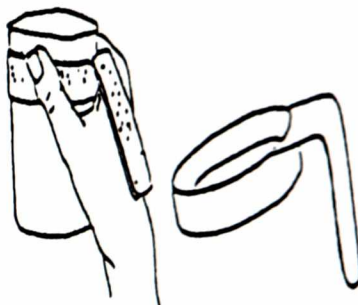
Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

- Nếu bệnh nhân không cầm nắm được, dụng cụ trợ giúp sẽ được cố định vào lòng bàn tay hoặc mu bàn tay, bệnh nhân vận động khớp cổ tay để thực hiện các chức năng tự chăm sóc như ăn uống, đánh răng.



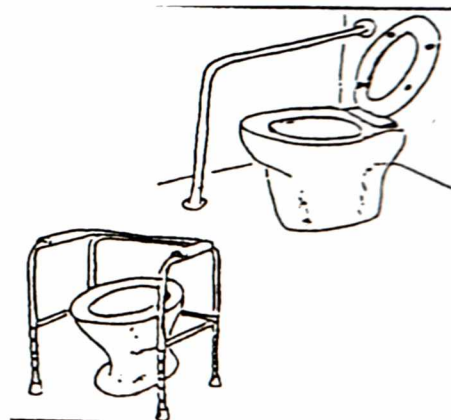
- Nếu bệnh nhân không tự cầm cốc, ca uống nước được, người ta có thể làm thêm một dụng cụ có tay cầm hoặc có móc đỡ, sau đó cố định vào cốc, ca cho bệnh nhân sử dụng như trong hình vẽ.



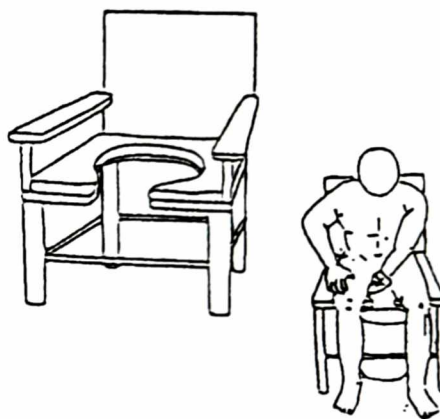
- Tùy theo tình trạng hiện tại của từng bệnh nhân để có thể làm một dụng cụ trợ giúp thích hợp. Dụng cụ trợ giúp bệnh nhân trong tự chăm sóc và trong sinh hoạt hàng ngày nên làm thế nào đó để bệnh nhân có thể sử dụng bằng cả hai tay hoặc chỉ với tay liệt.



- Trợ giúp bệnh nhân các hoạt động tự chăm sóc trong sinh hoạt hàng ngày, đặc biệt trong vệ sinh cá nhân là một trong các kỹ thuật khó khăn. Một số gợi ý về dụng cụ trợ giúp đơn giản trong đại, tiểu tiện sử dụng cho bệnh nhân liệt nửa người dễ làm, an toàn và thuận tiện nhất.



- Ghế vệ sinh có thể cố định trong nhà vệ sinh sau đó làm thêm hệ thống tay vịn, hoặc không có tay vịn mà bệnh nhân sử dụng khung tập đi để vịn đỡ. Cũng có thể làm bằng ghế gỗ rồi khoét một lỗ thùng ở giữa, dùng bô hoặc xô hứng



- Cũng có thể làm một ghế ngồi bằng kim loại, có chiều cao phù hợp với bệnh nhân, có tay vịn hai bên giúp bệnh nhân ngồi xuống, đứng lên và di chuyển ra vào an toàn đồng thời có giá đỡ bô hoặc xô ở phía dưới có thể lấy ra, lắp vào sau khi dùng.



- Nếu có điều kiện có thể làm bệ xí trong nhà vệ sinh với chiều cao của bệ ngồi phù hợp với bệnh nhân, có tay vịn hai bên để giúp bệnh nhân ngồi xuống, đứng lên, chuyển từ xe lăn sang hoặc chuyển từ bệ xí sang xe lăn dễ dàng và an toàn.



Chương 14

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Theo phân loại tàn tật của Tổ chức Y tế Thế giới thì người bệnh liệt nửa người do tai biến mạch máu não thuộc loại đa tàn tật, vì ngoài rối loạn và hạn chế chức năng vận động, người bệnh còn có nhiều rối loạn và hạn chế chức năng khác kèm theo. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng của bệnh nhân liệt nửa người không chỉ đánh giá khả năng và mức độ phục hồi của các rối loạn, mà gần đây các tác giả quan tâm nhiều đến việc đánh giá khả năng và mức độ tái hoà nhập cộng đồng cũng như chất lượng cuộc sống của họ sau khi bị liệt.

Ducan và cộng sự cho rằng, hiện nay chưa có sự thống nhất hoàn toàn của các chuyên gia phục hồi chức năng về phương pháp đo đạc hoặc đánh giá hiệu quả nhất đối với kết quả phục hồi chức năng nói chung và phục hồi chức năng vận động của bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não cả về thực hành lâm sàng cũng như nghiên cứu.

Thực tế hiện nay cũng chưa có phương pháp nào có thể đánh giá đầy đủ mức độ phục hồi cả về thể chất, tinh thần, cảm xúc, giao tiếp, thị giác, nhận thức, vai trò và ảnh hưởng của gia đình và xã hội, các yếu tố liên quan đến tái hoà nhập và chất lượng cuộc sống của người bệnh liệt nửa người sau tai biến mạch máu não.

Các phương pháp đánh giá kết quả phục hồi đang sử dụng hiện nay thường chỉ đánh giá được một phần chức năng trong nhiều vấn đề liên quan đến thực tế của người bệnh. Khi lựa chọn một phương pháp đánh giá để sử dụng, có nhiều yếu tố mà người chọn cần lưu ý như:

❖ Phương pháp đó phải liên quan chặt chẽ đến vấn đề mà tác giả quan tâm, nó có thể cung cấp đầy đủ các thông tin cần thiết phù hợp với mục đích mà tác giả cần tìm hiểu và nghiên cứu.

❖ Phương pháp đó là đáng tin cậy, có thể đánh giá và đo đạc được nội dung mà tác giả muốn làm, phương pháp đó đã được nhiều người sử dụng, nó nằm trong danh mục của hệ thống các dữ kiện đồng nhất của phục hồi chức năng Y học UDSMR (*Uniform Data System For Medical Rehabilitation*).

❖ Phương pháp đánh giá nên đơn giản, dễ thực hiện, phù hợp với hoàn cảnh thực tế của nghiên cứu mà tác giả đang làm và có thể phổ biến rộng rãi.

Đánh giá kết quả phục hồi chức năng nghĩa là đánh giá mức độ khiếm khuyết, giảm khả năng và tàn tật, hay nói cách khác là mức độ độc lập hay phụ thuộc của bệnh nhân trong vận động và thực hiện các chức năng khác nhau ở từng giai đoạn khác nhau sau khi bị liệt.

Có nhiều phương pháp khác nhau để đánh giá kết quả, tùy theo mục đích nghiên cứu mà tác giả quan tâm như kết quả phục hồi vận động chung hay kết quả phục hồi của từng loại vận động cụ thể như vận động của tay, chân; khả năng ngồi, đứng, đi; kết quả phục hồi về ngôn ngữ, về nhận thức; kết quả phục hồi khả năng tự chăm sóc; mức độ tái hoà nhập và chất lượng cuộc sống của người bệnh sau tai biến.

Trong cuốn sách này, để đánh giá kết quả phục hồi vận động của bệnh nhân liệt nửa người, chúng tôi đánh giá khả năng độc lập về vận động của bệnh nhân sau tập luyện, mức độ độc lập trong việc thực hiện các chức năng tự chăm sóc và sinh hoạt hàng ngày, mức độ giảm khả năng của bệnh nhân.

Phương pháp đánh giá mà chúng tôi sử dụng nằm trong danh mục của hệ thống dữ kiện đồng nhất của phục hồi chức năng y học, các nội dung cần đánh giá có thể thực hiện được trên lâm sàng bằng cách cho điểm đối với từng loại vận động cụ thể, tùy theo mục đích nghiên cứu, tùy từng cơ sở phục hồi chức năng và cá nhân từng người để chọn phương pháp đánh giá cho phù hợp và hiệu quả.

Kết quả đánh giá cho biết mức độ giảm khả năng và mức độ phục hồi của bệnh nhân, đồng thời có thể theo dõi tiến triển của quá trình

phục hồi; kết quả của mỗi lần đánh giá cũng chính là cơ sở để chỉ định cho quá trình tập luyện phục hồi chức năng tiếp theo.

1. Đánh giá mức độ liệt và mức độ phục hồi của chân bên liệt theo hệ thống chia độ Scandinavian Stroke Scale

Các mức độ liệt	Các biểu hiện lâm sàng	Ngày, tháng, năm đánh giá	
		.../.../...	.../.../...
1. Liệt nặng	Có thể gấp, duỗi chân liệt nhưng không thể nâng chân lên khỏi mặt giường.		
2. Liệt trung bình	Chỉ nâng được chân liệt lên khỏi mặt giường khi gấp khớp gối.		
3. liệt nhẹ	Có thể nâng chân liệt lên khỏi mặt giường với khớp gối duỗi nhưng sức mạnh hạn chế.		
4. không liệt	Có thể nâng chân liệt lên khỏi mặt giường với khớp gối duỗi thẳng và sức mạnh bình thường.		

2. Đánh giá khả năng ngồi, đứng, đi của bệnh nhân bằng thang điểm Fugl - Meyer Scale

Các loại vận động	Mức độ thực hiện			Ngày đánh giá
	0	1	2	
Ngồi dậy	Không ngồi được	Cần trợ giúp	Tự ngồi	
Đứng lên	Không đứng được	Cần trợ giúp	Tự đứng	
Đi	Không đi được	Cần trợ giúp	Tự đi	

Trên thực tế thang điểm hay hệ thống chia độ này có thể sử dụng rộng rãi trong việc đánh giá chung cho tất cả các loại vận động hoặc từng loại vận động cụ thể, các chức năng chung hay từng chức năng cụ thể khác nhau của người bệnh tùy theo mục đích sử dụng.

Thang điểm này là một trong các loại thang điểm đơn giản, dễ sử dụng, dễ thực hiện, có thể dùng được ở các tất cả các cơ sở phục hồi chức năng khác nhau cho mọi đối tượng và tùy theo từng mục đích đánh giá.

Tất cả các loại vận động từ dễ đến khó và mức độ thực hiện các chức năng từ đơn giản đến phức tạp đều có thể dùng thang điểm này để đánh giá. Có thể cho điểm và ghi nhận kết quả theo các cách khác nhau, ví dụ:

- 0 điểm: bệnh nhân không làm được (phụ thuộc hoàn toàn).
- 1 điểm: bệnh nhân chỉ làm được khi có trợ giúp (phụ thuộc một phần).
- 2 điểm: bệnh nhân tự làm được, không cần trợ giúp (độc lập hoàn toàn).

3. Đánh giá kết quả phục hồi vận động chung theo phương pháp đánh giá Chedoke - McMaster Stroke Assessment

Stt	Các nội dung cần đánh giá	Ngày đánh giá	
		.../.../...	.../.../...
1	Từ nằm ngửa → Lăn sang nằm nghiêng về phía bên lành		
2	Từ nằm ngửa → Lăn sang nằm nghiêng về phía bên liệt		
3	Từ nằm nghiêng phía bên lành → Ngồi dậy trên giường		
4	Từ nằm nghiêng phía bên lành → Ngồi dậy trên mép giường		

Phục Hồi chức năng

Bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não

5	Từ nằm nghiêng phía bên liệt → Ngồi dậy trên mép giường		
6	Đang ngồi trên giường, hoặc trên ghế → Đứng lên		
7	Di chuyển về phía bên lành từ giường ra ghế, xe lăn và ngược lại		
8	Di chuyển về phía bên liệt từ giường ra ghế, xe lăn và ngược lại		
9	Đang ngồi trên sàn nhà ⇔ Đứng dậy, ngồi lên ghế và ngược lại		
10	Đang ngồi trên sàn nhà ⇔ Đứng lên và ngược lại		
11	Đi bộ trong nhà		
12	Đi bộ ngoài nhà trên bề mặt gồ ghề, dốc, vòng... 150 mét		
13	Đi bộ ngoài nhà trên bề mặt gồ ghề, dốc, vòng... 300 mét		
14	Đi lên, xuống cầu thang		

Đánh giá kết quả và tính điểm theo F.I.M (*Functional Independent Measurement*) theo 7 mức độ tương đương với 7 điểm, bao gồm:

☞ **Độc lập: người bệnh tự làm được, không cần người khác giúp.**

- 7 điểm: độc lập hoàn toàn.
- 6 điểm: độc lập có thích nghi

☞ **Phụ thuộc: người bệnh chỉ làm được khi có trợ giúp.**

+ Phụ thuộc một phần: người bệnh cần trợ giúp một phần gồm:

- 5 điểm: giám sát, hướng dẫn
- 4 điểm: trợ giúp tối thiểu (người bệnh tự thực hiện được 75% động tác).
- 3 điểm: trợ giúp trung bình (người bệnh tự thực hiện được 50% động tác).

- + Phụ thuộc hoàn toàn: người bệnh cần trợ giúp toàn bộ gồm:
- 2 điểm: trợ giúp tối đa (người bệnh tự thực hiện được 25% động tác).
 - 1 điểm: trợ giúp hoàn toàn (người bệnh tự thực hiện được 0% động tác).

☞ **Kết quả cuối cùng:**

- Từ 0 đến 49 điểm: phụ thuộc hoàn toàn.
- Từ 50 đến 69 điểm: phụ thuộc một phần.
- Từ 70 đến 98 điểm: độc lập.

Một số thuật ngữ cần lưu ý khi đánh giá theo F.I.M

- Độc lập hoàn toàn: người bệnh tự làm được tất cả các phần của động tác, hoặc tự thực hiện chức năng một cách chủ động, an toàn trong khoảng thời gian hợp lí mà không cần sửa đổi, không cần người khác hoặc một dụng cụ trợ giúp nào hỗ trợ.

- Độc lập có thích nghi: người bệnh tự thực hiện được động tác vận động hoặc tự thực hiện được chức năng nào đó nhưng cần thay đổi một phần trong các bước tiến hành cho phù hợp với bệnh nhân, hoặc người bệnh cần có dụng cụ trợ giúp. Thời gian thực hiện có thể dài hơn bình thường, có thể không thật an toàn lắm so với người bình thường nhưng cuối cùng bệnh nhân vẫn làm được.

4. Đánh giá mức độ độc lập trong tự chăm sóc của bệnh nhân liệt nửa người theo thang điểm Barthel

STT	Các nội dung cần đánh giá	Điểm	Ngày đánh giá
1.	Ăn uống: - Có thể tự ăn uống, không cần người khác giúp - Cần có người khác giúp để ăn uống được	10 5	

	Di chuyển từ giường ra ghế, xe lăn hoặc ngược lại:		
2.	- Tự di chuyển, không cần người khác giúp	15	
	- Chỉ cần trợ giúp một phần để di chuyển	10	
	- Cần phải có người khác di chuyển giúp	5	
	- Không tự ngồi dậy được	0	
3.	Vệ sinh cá nhân:		
	- Tự đánh răng, rửa mặt, chải tóc, cạo râu	5	
	- Không tự làm được, cần phải có người giúp	0	
4	Sử dụng nhà vệ sinh:		
	- Tự đến nhà vệ sinh để đại, tiểu tiện	10	
	- Không tự đến được, phải có người khác giúp	5	
5	Tắm rửa:		
	- Tự tắm rửa được, không cần người khác giúp	5	
	- Không tự làm được, cần phải có người giúp	0	
6	Đi bộ:		
	- Tự đi được 50 mét không cần người giúp	15	
	- Cần có người giúp mới đi được 50 mét	10	
	- Không đi được kể cả khi có người giúp	5	
7	Đi lên và xuống cầu thang:		
	- Tự đi lên xuống cầu thang không cần người giúp	10	
	- Cần có người giúp để đi lên, xuống cầu thang	5	
	- Không làm được kể cả khi có người giúp	0	
8	Thay quần áo:		
	- Tự mặc và cởi quần áo không cần người giúp	10	
	- Cần người khác giúp để mặc và cởi quần áo	5	
	- Phải nhờ người khác mặc và cởi quần áo giúp	0	
9	Kiểm soát đại tiện:		
	- Tự đại tiện, hoặc đặt thuốc đạn, hoặc thụt tháo	10	
	- Cần phải có người khác giúp	5	
10	Kiểm soát tiểu tiện:		
	- Tự tiểu tiện hoặc tự thông đái nếu cần	10	
	- Cần phải có người khác giúp	5	

☛ Đánh giá kết quả:

Từ 0 đến 45 điểm: phụ thuộc hoàn toàn.

Từ 50 đến 85 điểm: phụ thuộc một phần.

Từ 90 đến 100 điểm: độc lập

5. Đánh giá mức độ giảm khả năng bằng thang điểm của Rankin

Các mức độ giảm khả năng	Các biểu hiện lâm sàng	Ngày đánh giá	
		.../.../.../..../...
0	Bình thường		
1	Giảm khả năng không đáng kể		
2	Giảm khả năng nhẹ		
3	Giảm khả năng trung bình		
4	Giảm khả năng nặng		
5	Giảm khả năng rất nặng		

Hệ thống thang chia độ của Rankin:

1. Bình thường: bệnh nhân không có khó khăn gì trong thực hiện các chức năng.

2. Giảm khả năng không đáng kể: mặc dù có khó khăn nhưng bệnh nhân vẫn có thể thực hiện được tất cả các vận động và hoạt động thông thường.

3. Giảm khả năng nhẹ: bệnh nhân không thể thực hiện tất cả các hoạt động đã làm được trước đây nhưng có thể tự chăm sóc bản thân mà không cần trợ giúp.

4. Giảm khả năng trung bình: bệnh nhân cần có sự trợ giúp trong các hoạt động tự chăm sóc, nhưng có thể tự đi lại mà không cần trợ giúp.

5. Giảm khả năng nặng: bệnh nhân không thể tự đi lại và tự phục vụ nhu cầu của bản thân mà không cần trợ giúp.

6. Giảm khả năng rất nặng: bệnh nhân nằm liệt giường, đại tiểu tiện không tự chủ, yêu cầu được chăm sóc tại chỗ.

Thực tế cho thấy rằng, các phương pháp đánh giá cho dù là đơn giản nhất của các chuyên gia phục hồi chức năng nước ngoài cũng không phải là hoàn toàn phù hợp với hoàn cảnh của chúng ta hiện nay, đặc biệt là đánh giá về mức độ độc lập trong tự chăm sóc bản thân và thực hiện các chức năng trong đời sống, sinh hoạt hàng ngày cũng như mức độ tái hoà nhập cộng đồng và chất lượng cuộc sống của những người khuyết tật.

Chúng ta cần phải thống nhất phương pháp đánh giá, nội dung cần đánh giá, cách cho điểm dựa trên cơ sở phương pháp của các tác giả nước ngoài ứng dụng hợp lí và có chọn lọc vào Việt Nam và tiến tới xây dựng phương pháp đánh giá riêng của chúng ta trong lĩnh vực phục hồi chức năng nói chung và phục hồi chức năng cho người bệnh liệt nửa người.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hội Phục hồi chức năng Việt Nam (1991), “Phục hồi chức năng dùng cho cán bộ chuyên khoa phục hồi chức năng”, Tr 439- 482.
2. Nhiều tác giả (1995), “Sổ tay Vật lí trị liệu lâm sàng”, Nhà xuất bản Y học, Tr 526-574.
3. Nguyễn Văn Đăng (1997), “Tai biến mạch máu não”, Nhà xuất bản Y học.
4. Nguyễn Văn Thông (1997), “Bệnh mạch máu não và các cơn đột quy”, Nhà Xuất bản Y học.
5. VINAREHA-AIFO (1997), “Phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân tai biến mạch máu não”, Tài liệu hướng dẫn cho nhân viên Phục hồi chức năng do AIFO tài trợ biên dịch.
6. Hồ Hữu Lương (1998), “Tai biến mạch máu não”, Nhà xuất bản Y học.
7. Nhiều tác giả (2002), “Vật lí trị liệu Phục hồi chức năng - Sách chuyên khảo dùng cho cán bộ chuyên ngành phục hồi chức năng,” Nhà xuất bản Y học, Tr 561-614.
8. Daniel D. Trương, Lê Đức Hình, Nguyễn Thị Hựng (2004), “Thần kinh học lâm sàng”, Nhà xuất bản Y học, Tr 159-206
9. Bộ Y tế (2005), “Hướng dẫn quy trình kĩ thuật bệnh viện”, Nhà xuất bản Y học, tập III, Tr 602-604.
10. Vũ Trường Sơn (1995), “Gúp phần nghiên cứu điện châm phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân tai biến mạch máu não hệ động mạch cảnh trong”, Luận án Phó tiến sĩ Y khoa học viện Quân Y.
11. Nguyễn Thị Thanh Thủy (2000), “Đánh giá khả năng phục hồi vận động của bệnh nhân tai biến mạch máu não do hẹp van hai lá gây liệt nửa người”, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp 2. Đại học Y Hà Nội.

12. Nguyễn Thị Thanh Bình (2001), “Nghiên cứu ứng dụng test Lotca trong lập chương trình hoạt động trị liệu cho bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
13. Nguyễn Thị Kim Liên (2001), “Bán trật khớp vai trên bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não: tần suất, yếu tố nguy cơ và dự phòng”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
14. Trần Thị Huệ (2001), “Đánh giá hiệu quả của nẹp cổ chân – bàn chân ở bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
15. Trần Quốc Đạt (2001), “Đánh giá kết quả can thiệp phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân chảy máu não vùng bao trong”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
16. Phạm Văn Phú (2001), “Đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người sau tai biến mạch máu não tại cộng đồng qua chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
17. Phạm Thị Hải Yến (2002), “Nghiên cứu sự thay đổi dáng đi trên bệnh nhân liệt nửa người sau tai biến mạch máu não vùng bán cầu”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
18. Hoàng Thị Kim Đào (2002), “Đánh giá kết quả phục hồi chức năng trong sinh hoạt hàng ngày ở bệnh nhân tai biến nhồi máu não trên lều”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
19. Trần Văn Chương (2003), “Nghiên cứu phương pháp phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não”, Luận văn Tiến sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.
20. Nguyễn Anh Tú (2003), “Đánh giá tình trạng rối loạn chức năng thăng bằng ở bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não vùng bán cầu”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

21. Lê thị Thảo (2003), “Nghiên cứu nhu cầu phục hồi chức năng và một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh sau tai biến mạch máu não tại cộng đồng quận Ba Đình, thành phố Hà Nội”, Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng, Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.
22. Nguyễn Tấn Dũng (2004), “Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến chức năng đi của người bệnh sau nhồi máu não vùng bán cầu và ứng dụng phương pháp Bobath”, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Hà Nội.
23. Phạm Ngọc Anh (2005), “Bước đầu Đánh giá hiệu quả hoạt động trị liệu trong phục hồi chức năng chi trên ở bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não”, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Hà Nội.
24. Lê Anh Tuấn (2005), “Đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân liệt nửa người sau tai biến mạch máu não tại cộng đồng Hà Nội”, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Hà Nội.
25. Nguyễn Văn Lý (2005), “Đánh giá mức độ thiếu sót thần kinh và nhu cầu phục hồi chức năng vận động của bệnh nhân tai biến mạch máu não”, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Hà Nội.
26. Nguyễn Văn Triệu (2005), “Nghiên cứu thực trạng những người sau tai biến mạch máu não và các yếu tố liên quan đến phục hồi chức năng, tái hội nhập cộng đồng”, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
27. Phạm Thị Kim Thu (2006), “Bước đầu Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng vận động chi trên ở bệnh nhân nhồi máu động mạch não giữa”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
28. Nguyễn Thị kim Oanh (2006), “Đánh giá kiểm soát co cứng bằng phong bế điểm vận động với côn 70° trong phục hồi chức năng vận động bệnh nhân tai biến mạch máu não”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

29. Phạm Thị Minh Nguyệt (2008) “Đánh giá kết quả phục hồi chức năng đi lại và mối liên quan với cơ lực chi dưới ở bệnh nhân tai biến nhồi máu não vùng bán cầu”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
30. Vũ Quang Huy (2008) “Đánh giá khả năng đáp ứng của tim đối với các bài tập vận động gắng sức ở bệnh nhân tai biến mạch máu não do hẹp van hai lá”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
31. Lương Tuấn Khanh (2010) “Nghiên cứu hiệu quả của độc tố Botulinum nhóm A phối hợp với vận động trị liệu trong phục hồi chức năng chi trên ở bệnh nhân tai biến mạch máu não”, Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội
32. Signe Brunnstrom (1970), “Movement Therapy In Hemiplegia”, A Neurophysiological Approach, Harper & Row, Publishers.
33. Joan Cash, Jennifer M. Bryce (1977), “Neurology for Physiotherapists- Hemiplegia I & Hemiplegia II”, Faber & Faber.
34. Elaine Ewing Fess, Karan S. Gettle, James W. Strickland (1981), “Hand Splinting (Principles And Methods)”, The C. V. Mosby Company.
35. Ronald Seymour (1983), “Home Exercises For The Patient With Hemiplegia”, Allied Health Publications University of Kentucky, Lexington, Kentucky.
36. Patricia M. Davies (1985), “Steps To Follow - A Guide To The Treatment Of Adult Hemiplegia”, Springer- Verlag Berlin Heidelberg New York Tokyo.
37. Lorraine Williams Pedretti (1985), “Occupational Therapy - Movement Therapy The Brunnstrom Approach To The Treatment of Hemiplegia”, Mosby.
38. Janet H. Carr (1985), “A Motor Relearning Programme For Stroke”, William Heinemann.

39. Jan Zaret Davis (1985), "Occupational Therapy. Neurodevelopmental treatment, The Bobath Approach to the Treatment of Adult Hemiplegia", Mosby.
40. Margaret Johnstone (1987), "Home Care For The Stroke Patient-Living In Pattern", Churchill Livingstone.
41. Margaret Johnstone (1987), "The Stoke Patient - A Team Approach", Churchill Livingstone.
42. Berta Bobath (1990), "Adult Hemiplegia- Evaluation and Treatment", Butterworth Heinemann.
43. Robert C. Wagenaar (1990), "Functional Recovery After Stroke", VU University Press Amsterdam.
44. John V. Basmajian & Steven L. Wolf, Carolyn Gowland (1990), "Therapeutic Exercise For Stroke Patients", Williams & Wilkins.
45. Derick T. Wade (1992), "Measurement In Neurological Rehabilitation", Oxford - New York – Tokyo, Oxford University Press.
46. Carolin Gowland, Sandra VanHullenaar, Wendy Torresin (1995), "Chedoke - McMaster stroke assessment - Development, Validation and Aministration Manual", Chedoke- McMaster Hospital and McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada
47. Glen Gillen, Ann Burkhardt (1998), "Stroke Rehabilitation. A Function – Based Approach", Mosby - Year Book
48. International Bobath Instructors Training Association (IBITA) (1998), "An international association for adult neurological rehabilitation", Abstrasts, (42), pp. 3-42.
49. JBJ Bussmann, HJ Stam (1998), "Techniques for measurement and assessment of mobility in rehabilitation: a theoretical approach", Clinical Rehabilitation, (12), pp. 455-464.
50. Baskett J. J, Broad J. B, Reekie G, et al (1999), "Shared responsibility for ongoing rehabilitation: a new approach to home – based therapy after stroke", Clinical Rehabilitation 13, pp. 23-33.

51. Bethoux F, Calmels P, Gautheron V (1999), "Changes in the quality of life of hemiplegic stroke patients with time", *Am J Phy Med Rehabil*, (78), pp.19-23.
52. Blanco I. S, Sangrador C. O, Munain L. L, et al (1999), "Predictive model of functional independence in stroke patients admitted to a rehabilitation programme", *Clinical Rehabilitation*, (13), pp. 464-475.
53. Broeks J. G, Lankhorst G. J, Rumping K, et al (1999), "The long-term outcome of arm function after stroke: results of a follow-up study", *Disability and rehabilitation*, (21), pp. 357-364.
54. Chen C. L, Yeung K. T, Wang C. H, et al (1999), "Anterior ankle-foot orthosis effects on postural stability in hemiplegic patients", *Arch Phys Med Rehabil*, (80), PP. 1587-1592.
55. Cifu D. X, Stewart D. G (1999), "Factors affecting functional outcome after stroke: a critical review of rehabilitation interventions" *Arch Phys Med Rehabil*, (80), pp. s35-s38.
56. Clarke P. J, Black S. E, Badley E. M, et al (1999), "Handicap in stroke survivors", *Disability and rehabilitation*, (21), pp. 116-123.
57. Cooper R. A, Quatrano L. A, Stanhope S. J, et al (1999), "Gait analysis in rehabilitation medicine", *Am J Phys Med Rehabil*, (78), pp. 278-280.
58. Daley et al (1999), "Stroke rehabilitation assessment of movement (STREAM)", *Physical therapy*, (79), pp. 20-23.
59. Ducan P.W, Wallace D, et al (1999), "The stroke impact scale version 2.0. Evaluation of reliability, validity, and sensitivity to change", *Stroke*, (30), pp. 2131-2140.
60. Flick C. L (1999), "Stroke rehabilitation. 4 .Stroke outcome and psychosocial consequences" *Arch Phys Med Rehabil*, (80), s21-s26.
61. Fujitani J, Ishikawa T, Akai M, et al (1999), "Influence of daily activity on changes in physical fitness for people with post-stroke hemiplegia", *Am J Phys Med Rehabil*, (78), pp. 540-544.

62. Goldie P. A, Matyas T. A, Kinsella G. J, et al (1999), "Prediction of gait velocity in ambulatory stroke patients during rehabilitation" *Arch Phys Med Rehabil*, (80), pp. 415 - 420.
63. Hai. T. T, Chuong. T. V (1999), "Viet Nam and activities of Community Based Rehabilitation", *Disability and rehabilitation*, (21), pp. 474-478.
64. Hellstrom K, Lindmark B (1999), "Fear of falling in patients with stroke: a reliability study", *Clinical rehabilitation*, (13), pp. 509-517.
65. Indredavik B, Bakke F, Slordahl S. A, et al (1999), "Treatment in a combined acute and rehabilitation stroke unit. Which aspects are most important?", *Stroke*, (30), pp. 917- 923.
66. Ingles J . L, Eskes G. A, Phillips S. J (1999), "Fatigue after stroke", *Arch Phys Med Rehabil*, (80), pp. 173-178.
67. Jawad S. H, Ward A. B, Jones P (1999), "Study of the relationship between premorbid urinary incontinence and stroke functional outcome", *Clinical rehabilitation*, (13), pp. 447-452.
68. Kauhanen M. L, Korpelainen J. T, Hiltunen P, et al (1999), "Poststroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits", *Stroke*, (30), pp. 1875- 1880.
69. Kirsteins A. E, Schaffer R. M. B, Harvey R. L (1999), "Stroke rehabilitation.3. rehabilitation management", *Arch Phys Med Rehabil*, (80), pp. s17- s20.
70. Knapp P, Hewison J (1999), "Disagreement in patient and carer assessment of functional abilities after stroke", *Stroke*, (30), pp. 934-938.
71. Korpelainen J. T, Nieminen P, Myllyla V. V (1999), "Sexual functional among stroke patients and their spouses", *Stroke*, (30), pp. 715-719.
72. Kuan T. S, Tsou J. Y, Su F. C (1999), "Hemiplegic gait of stroke patients: the effect of using a cane", *Arch Phys Med Rehabil*, (80), pp. 777-784.

73. Lai S. M, Duncan P W (1999), "Evaluation of the American Heart Association Stroke outcome classification", *Stroke*, (30), pp. 1840 – 1843
74. Lee I. M, Hennekens C. H, Berger K (1999), "Exercise and risk of stroke in male physicians", *Stroke*, (30), pp. 1- 6.
75. Lieberman D, Friger M, Fried V, et al (1999), "Characterization of elderly patients in rehabilitation: stroke versus hip fracture", *Disability and Rehabilitation*, (21), pp. 542-547.
76. Lincoln N. B, Parry R. H, Vass C. D (1999), "Randomized, controlled trial to evaluate increased intensity of physiotherapy treatment of arm function after stroke", *Stroke*, (30), pp. 573- 579.
77. Lin F.M, Sabbahi M (1999), "Correlation of spasticity with hyperactive stretch reflexes and motor dysfunction in hemiplegia", *Arch Phys Med Rehabil*, (80), pp. 526-530.
78. Linn S. L, Granat M. H, Lees K. R (1999), "Prevention of shoulder subluxation after stroke with electrical stimulation", *Stroke*, (30), pp. 963-968.
79. Marshall S. C, Heisel B, Grinnell D (1999), "Validity of the PULSES profile compared with the Functional Independence Measuring disability in a stroke rehabilitation setting", *Arch Phys Med Rehabil*, (80), pp. 760-765.
80. Mercier C, Bourbonnais D, Bilodeau S (1999), "Description of a new motor re- education programme for the paretic lower limb aimed at improving the mobility of stroke patients", *Clinical Rehabilitation*, (13), pp. 199-206.
81. Miltner W. H. R, Bauder H, Sommer M (1999), "Effects of constraint-induced movement therapy on patients with chronic motor deficits after stroke", *Stroke*, (30), pp.586-592.
82. Mngoma N. F, Culham E. G, Bagg S. D (1999), "Resistance to passive shoulder external rotation in persons with hemiplegia: Evaluation of an assessment system", *Arch Phys Med Rehabil*, (80), pp. 531-535.

83. Nadeau S, Arsenault A. B, Gravel D (1999), "Analysis of the clinical factors determining natural and maximal gait speeds in adults with a stroke", *Am J Phys Med Rehabil*, (78), pp. 123-130.
84. Nelles G, Spiekermann G, Jueptner M (1999), "Reorganization of sensory and motor systems in hemiplegic stroke patients. A positron emission tomography study", *Stroke*, (30), pp. 1510 - 1516.
85. Niam S, cheung W, Sullivan P. E, et al (1999), "Balance and physical impairments after stroke", *Arch Phys Med Rehabil*, (80), p. 1227- 1233.
86. Nyein K, McMichael L, Stokes L. T (1999), "Can a Barthel score be derived from the FIM ?", *Clinical rehabilitation*, (13), pp. 56-63.
87. Parry R. H, Lincoln N. B, Vass C. D (1999), "Effect of severity of arm impairment on response to additional physiotherapy early after stroke", *Clinical rehabilitation*,(13), pp. 187-198.
88. Patterson C. J, Mulley G. P (1999), "The effectiveness of pre-discharge home assessment visits: a systematic review", *Clinical rehabilitation*, (13), pp. 101-104
89. Said C. M, Goldie P. A, Patla A. E (1999), "Obstacle crossing in subjects with stroke", *Arch Phys Med Rehabil*, (80), pp. 1054-1059.
90. Salmela L. F. T, Olney S. J, Nadeau S (1999), "Muscle strengthening and physical conditioning to reduce impairment and disability in chronic stroke survivors", *Arch Phys Med Rehabil*, (80), pp. 1211-1218.
91. Sander A. M, Fuchs K. L, High W. M, et al (1999), "The community integration questionnaire revisited: An assessment of factor structure and validity", *Arch Phys Med Rehabil*, (80), pp. 1303-1308.
92. Smith G. V, Silver K. H. C, Goldberg A. P, et al (1999), " (Task-oriented) exercise improves hamstring strength and spastic reflexes in chronic stroke patients", *Stroke*, (30), pp. 2112-2118.
93. Smith M. T, Baer G. D (1999), "Achievement of simple mobility milestones after stroke", *Arch Phys Med Rehabil*, (80), pp. 442-447.

94. Stern E. B, Berman M. E, Thomas J. J, et al (1999), "Community education for stroke awareness. An efficacy study", *Stroke*, (30), pp. 720-723.
95. Suhr J. A, Grace J (1999), "Brief cognitive screening of right hemisphere stroke: relation to functional outcome", *Arch Phys Med Rehabil*, (80), pp. 773-776.
96. Sulter G, Steen C, Keyser J. D (1999), "Use of the Barthel Index and modified Rankin scale in acute stroke trials", *Stroke*, (30), pp. 1538 - 1541.
97. Sunnerhagen K. S, Svantesson U, Lonn L, et al (1999), "Upper motor neuron lesions: their effect on muscle performance and appearance in stroke patients with minor motor impairment", *Arch Phys Med Rehabil*, (80), pp.155-161.
98. Suzuki K, Yamada Y, Handa T, et al (1999), "Relationship between stride length and walking rate in gait training for hemiparetic stroke patients", *Am J Phys Med Rehabil*, (78), pp. 147-152.
99. Sveen U, Bautz-holter E, Sodrings K. M, et al (1999), "Association between impairments, self-care ability and social activities 1 year after stroke", *Disability and rehabilitation*, (21), pp. 372-377.
100. Tamm M (1999), "What does a home mean and when does it cease to be a home ? Home as a setting for rehabilitation and care", *Disability and rehabilitation*, (21), pp. 49-55.
101. Thommessen B, Bautz-holter E, Laake K (1999), "Predictors of outcome of rehabilitation of elderly stroke patients in a geriatric ward", *Clinical rehabilitation*, (13), pp. 123-128.
102. Weg F. B. V, Kuik D. J, Lankhorst G. J (1999), "Post- stroke depression and functional outcome: a cohort study investigating the influence of depression on functional recovery from stroke", *Clinical rehabilitation*,(13), pp.268-272.

103. Williams L. S, Weinberger M, Harris L. E (1999), "Development of a Stroke-Specific Quality of Life Scale", *Stroke*, (30), pp. 1362- 1369.
104. Winward C. E, Halligan P. W, Wade D (1999), "Current practice and clinical relevance of somatosensory assesment after stroke", *Clinical rehabilitation*, (13), pp. 48-55.
105. Wressle E, Oberg B, Henriksson C (1999), "The rehabilitation process for the geriatric stroke patient - an exploratory study of goal setting and interventions", *Disability and rehabilitation*, (21), pp. 80- 87.
106. Wyller T. B, Kirkevold M (1999), "How does a cerebral stroke affect quality of life? Towards an adequate theoretical account", *Disability and rehabilitation*, (21), pp. 152-161.
107. Ada L, Canning C, Dwyer T (2000), "Effect of muscle length on strength and dexterity after stroke", *Clinical Rehabilitation* 14, pp. 55- 61.
108. Andrews W. A, Bohannon R. W (2000), "Distribution of muscle strength impairments following stroke", *Clinical Rehabilitation* 14, pp.79-87.
109. Gross J. C (2000), "Urinary incontinence and stroke outcomes", *Arch Phys Med Rehabil*, (81), pp. 22-27.
110. Hackett M. L, Duncan J. R, Anderson C. S, et al (2000), "Health-related quality of life among long-term survivors of stroke. Results from the Auckland stroke study", *Stroke*, (31), pp. 440-447.
111. Holt R. R, Simpson D, Jenner J. R, et al (2000), "Ground reaction force after a sideways push as a measure of balance in recovery from stroke", *Clinical rehabilitation*, (14), pp. 88-95.
112. Johnston K. C, Connors A. F, Wagner D. P, et al (2000), "A predictive risk model for outcomes of ischemic stroke", *Stroke*, (31), pp. 448- 455.
113. Jorgensen H. S, Kammergaard L. P, Houth J, et al (2000), "Who benefits from treatment and rehabilitation in a stroke unit? A community- based study", *Stroke*, (31), pp. 434-439.

114. Kwakkel G, Dijk G. M. V, Wagenaar R. C (2000), "Accuracy of physical and occupational therapists early predictions of recovery after severe middle cerebral artery stroke", *Clinical rehabilitation*, (14), pp. 28- 41.
115. Lange G, Waked W, Kirshblum S (2000), "Organizational strategy influence on visual memory performance after stroke: Cortical/ subcortical and left/right hemisphere contrasts", *Arch Phys Med Rehabil*, (81), pp. 89 - 94.
116. Mudie M. H, Matyas T. A (2000), "Can simultaneous bilateral movement involve the undamaged hemisphere in reconstruction of neural networks damaged by stroke ?", *Disability and rehabilitation*, (22), pp. 23-37.
117. Snels I. A. K, Beckerman H, Lankhorst G. J (2000), "Treatment of hemiplegic shoulder pain in the Netherlands: results of a national survey", *Clinical rehabilitation*, (14), pp. 20-27.
118. Sunderland A (2000), "Recovery of ipsilateral dexterity after stroke", *Stroke*, (31), pp. 430-433.
119. Nicola Goodwin, Alan Sunderland (2003), "Intensive, time- series measurement of upper limb recovery in the subacute phase following stroke", *Clinical Rehabilitation*, (17), pp. 69-82.
120. R Meijer, DS Ihnenfeldt, IJM de Groot (2003), "Prognostic factors for ambulation and activities of daily living in the subacute phase after stroke", *Clinical Rehabilitation*, (17), pp. 119-129.
121. Hily Blake, Nadina B Lincoln, Dvid D Clarke (2003), "Caregiver strain in spouses of stroke patients", *Clinical Rehabilitation*, (17), pp. 312-317.
122. Marco Franceschini, Maurizio Massucci, LucianaFerrari (2003), "Effects of an ankle- foot orthosis on spatiotemporal parameters and energy cost of hemiparetic gait", *Clinical Rehabilitation* (17), pp. 368-372.

123. JA Simondson, P Goldie, KM Greenwood (2003), "The Mobility Scale for Acute Stroke Patients: concurrent validity", *Clinical Rehabilitation*, (17), pp. 558-564.
124. Birgitta Langhammer, Johan K Stanghelle (2003), "Bobath or Motor Relearning Programme ? A follow-up one and four years post stroke", *Clinical Rehabilitation*, (17), pp. 731-734.
125. Johanne Desrosiers, Francine Malouin, Daniel Bourbonnais (2003), "Arm and leg impairments and disabilities after stroke rehabilitation: relation to handicap", *Clinical Rehabilitation*, (17), pp. 666- 673.
126. NB Lincoln, CR Nicholl, T Flannaghan (2003), "The validity of questionnaire measures for assessing depression after stroke", *Clinical Rehabilitation*, (17), pp. 840-846.
127. NB Lincoln, MF Walker, A Dixon (2004), "Evaluation of a multiprofessional community stroke team", *Clinical Rehabilitation*, (18), pp. 40-47.
128. Catherine Mercier, Daniel Bourbonnais (2004), "Relative shoulder flexor and handgrip strength is related to upper limb function after stroke", *Clinical Rehabilitation* (18), pp. 215 - 221.
129. Avital HersHKovitz, Yichayaou Beloosesky, Shai Brill (2004), "Is a day hospital rehabilitation programme associated with reduction of handicap in stroke patient?", *Clinical Rehabilitation*, (18), pp. 261-266.
130. Unni Sveen, Bente Thommessen, Erick bautz- Holter (2004), "Well – being and instrumental activities of daily living after stroke", *Clinical Rehabilitation*, (18), pp. 267- 274.
131. G Verheyden, A Nieuwboer, J Mertin (2004), "The Trunk Impairment Scale: a new tool to measure motor impairment of the trunk after stroke", *Clinical Rehabilitation*, (18), pp. 326-334.

132. Gerbert J Renzenbrink, Maarten J IJzerman (2004), "Percutaneous neuromuscular electrical stimulation (P-NMES) for treating shoulder pain in chronic hemiplegia. Effects on shoulder pain and quality of life", *Clinical Rehabilitation* (18), pp. 359-365.
133. Jau-Hong Lin, I - Ping Hueh, Ching-Fan Sheu, Ching-Lin Hsieh (2004), "Psychometric properties of the sensory scale of the Fugl - Meyer Assessment in stroke patients", *Clinical Rehabilitation*, (18), pp. 391-397.
134. Tetsuya Tsuji, Meigen Liu, Kimitaka Hase (2004), "Physical fitness in person with hemiparetic stroke: its structure and longitudinal changes during an inpatient rehabilitation programme", *Clinical Rehabilitation*, (18), pp. 450-460.
135. JM Anne Visser- Meily, Marcel WM Post, Ingrid I Riphagen (2004), "Measures used to assess burden among caregivers of stroke patients", *Clinical Rehabilitation*, (18), pp. 601-623.
136. Pao - Tsai Cheng, Chin - Man Wang, Chia-Ying Chung (2004), "Effects of visual feedback rhythmic weight- shift training on hemiplegic stroke patients", *Clinical Rehabilitation*, (18), pp. 747-753.
137. Carolyn Luke, Karen J Dodd, Kim Brock (2004), "Outcomes of the Bobath concept on upper limb recovery following stroke", *Clinical Rehabilitation*, (18), pp. 888-898.
138. Suzuki K, Imada Y, Handa T, et al (1999), "Determinants and predictors of the maximum walking speed during computer assisted gait training in hemiparetic stroke patients", *Arch Phys Med Rehabil*, (80), pp. 179-182.

MỤC LỤC

PHẦN I. TỔNG QUAN VỀ KHUYẾT TẬT VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Chương 1. Tổng quan về khuyết tật

1. Khái niệm về khuyết tật	9
2. Dịch tễ học về khuyết tật	11
3. Nguyên nhân khuyết tật	11
4. Hậu quả của khuyết tật	12
5. Các phân loại và thuật ngữ liên quan đến khuyết tật	12
6. Các sự kiện Quốc tế liên quan đến khuyết tật	14
7. Các tổ chức của người khuyết tật	17
8. Tình hình khuyết tật ở Việt Nam	17

Chương 2. Tổng quan về Phục hồi chức năng

1. Các văn bản Quốc tế	19
2. Các văn bản trong nước	21
3. Định nghĩa Phục hồi chức năng	24
4. Các khái niệm về Phục hồi chức năng	24
5. Mục đích của phục hồi chức năng	25
6. Vị trí của Phục hồi chức năng trong hệ thống Y tế	25
7. Kỹ thuật Phục hồi chức năng	25
8. Các hình thức Phục hồi chức năng	27
9. Thực trạng phục hồi chức năng ở Việt Nam hiện nay	29
10. Những thuận lợi và khó khăn trong hoạt động Phục hồi chức năng hiện nay	32
11. Định hướng phát triển phục hồi chức năng ở Việt Nam	34

PHẦN II. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CHO BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

Chương 3. Tổng quan về tai biến mạch máu não

1. Đại cương về giải phẫu và sinh lí bó tháp 41
2. Giải phẫu chức năng tuần hoàn não 43

Chương 4. Chẩn đoán tai biến mạch máu não

1. Chẩn đoán xác định tai biến mạch máu não 48
2. Chẩn đoán định khu tổn thương 49
3. Chẩn đoán thể tai biến mạch máu não 52
4. Chẩn đoán nguyên nhân 52
5. Chẩn đoán phân biệt 53

Chương 5. Lịch sử phát triển phục hồi chức năng bệnh nhân liệt nửa người

Chương 6. Nguyên lí và nguyên tắc phục hồi chức năng bệnh nhân liệt nửa người

1. Nguyên lí và nguyên tắc phục hồi 61
2. Các rối loạn chức năng thường thấy ở bệnh nhân 63
3. Một số di chứng thường gặp ở bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não 65

Chương 7. Kỹ thuật vị thế trong phục hồi chức năng vận động bệnh nhân liệt nửa người

1. Bố trí giường nằm cho bệnh nhân 67
2. Các vị thế nằm đúng của bệnh nhân theo mẫu phục hồi 68
3. Mục đích của các kỹ thuật vị thế 69
4. Một số điểm lưu ý khi thực hiện kỹ thuật vị thế 70

Chương 8. Các bài tập vận động chung

- | | |
|---|----|
| 1. Tập vận động thụ động nửa người bên liệt | 71 |
| 2. Tập vận động có trợ giúp | 81 |
| 3. Tập vận động chủ động | 82 |

Chương 9. Tập vận động ở tư thế nằm

- | | |
|--|-----|
| 1. Nguyên tắc chung | 83 |
| 2. Vị trí của hai bàn tay và các ngón tay trong khi tập | 83 |
| 3. Kỹ thuật ức chế co cứng | 84 |
| 4. Tập lăn từ nằm ngửa sang nằm nghiêng về bên liệt | 85 |
| 5. Tập lăn từ nằm ngửa sang nằm nghiêng về bên lành | 86 |
| 6. Tập vận động tay bên liệt có sự trợ giúp của tay lành | 87 |
| 7. Tập vận động khớp vai bên liệt ra trước | 88 |
| 8. Tập kiểm soát vận động tay liệt | 89 |
| 9. Tập dồn trọng lượng lên chân liệt | 92 |
| 10. Tập làm cầu dồn trọng lượng lên hai chân | 92 |
| 11. Tập vận động riêng từng khớp | 93 |
| 12. Tập kiểm soát vận động chân liệt | 98 |
| 13. Tập vận động luân phiên hai chân | 100 |

Chương 10. Tập vận động ở tư thế ngồi

- | | |
|--|-----|
| 1. Nguyên tắc chung | 102 |
| 2. Ngồi dậy từ tư thế nằm nghiêng về phía bên liệt | 102 |
| 3. Ngồi dậy từ tư thế nằm nghiêng về phía bên lành | 103 |
| 4. Tư thế ngồi đúng | 104 |
| 5. Tập ngồi thẳng bằng | 106 |
| 6. Tập ngồi dồn trọng lượng lần lượt sang hai hông | 107 |
| 7. Tập di chuyển ở tư thế ngồi: “Tập đi trên hai hông” | 110 |
| 8. Tập di chuyển từ giường ra ghế, xe lăn và ngược lại | 111 |

9. Tập vận động tay liệt có sự trợ giúp của tay lành	112
10. Tập ngồi bắt chéo chân liệt qua chân lành	113
11. Tập bắt chéo chân, trọng lượng dồn lên chân ở dưới	114
12. Tập kiểm soát vận động thân mình ở vị thế ngồi	114
13. Tập ngồi dồn trọng lượng lên tay liệt	117
14. Tập thăng bằng dồn trọng lượng lên chân và tay liệt	120
15. Tập luyện phục hồi chức năng tay liệt	121
16. Tập theo nhóm	139
17. Tập với Các dụng cụ	139
18. Chương trình hoạt động trị liệu	140

Chương 11. Tập vận động ở tư thế đứng

1. Nguyên tắc chung	141
2. Tập dồn trọng lượng về phía trước để chuẩn bị đứng lên	141
3. Tập đứng dậy từ vị thế ngồi trên ghế, giường hoặc xe lăn	142
4. Tập vận động ở tư thế đứng	145

Chương 11. Tập đi

1. Tập đứng dồn trọng lượng lên chân lành, bước chân liệt lên phía trước và ra phía sau	163
2. Tăng cường thăng bằng và kiểm soát vận động của khớp háng và chân bên liệt	164
3. Luyện tập dáng đi	166
4. Tập bước tại chỗ trên bàn chạy	167
5. Tập đi	168
6. Tập đi lên, xuống dốc và lên xuống cầu thang	169
7. Tập đi trên những bề mặt không bằng phẳng và các địa hình khác nhau	171

Chương 13. Một số dụng cụ trợ giúp trong phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt nửa người

- | | |
|--|-----|
| 1. Dụng cụ trợ giúp điều trị và tập luyện | 173 |
| 2. Một số dụng cụ chỉnh hình | 177 |
| 3. Một số dụng cụ trợ giúp trong Các hoạt động tự chăm sóc | 177 |

Chương 14. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng

- | | |
|--|-----|
| 1. Đánh giá mức độ liệt và mức độ phục hồi của chân bên liệt theo hệ thống chia độ của Scandinavian Stroke Scale | 182 |
| 2. Đánh giá khả năng ngồi, đứng, đi của bệnh nhân theo thang điểm của Fugl - Meyer Scale | 182 |
| 3. Đánh giá kết quả phục hồi vận động chung theo phương pháp Đánh giá Chedoke - McMaster Stroke Assessment | 183 |
| 4. Đánh giá mức độ độc lập trong tự chăm sóc của bệnh nhân liệt nửa người theo thang điểm của Barthel | 185 |
| 5. Đánh giá mức độ giảm khả năng theo thang điểm của Rankin | 187 |

TÀI LIỆU THAM KHẢO 189

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

**PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI
DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO**

Chịu trách nhiệm sản xuất:

Hoàng Trọng Quang

Biên tập: **BS. Tô Đình Quý**

Thiết kế: **Công ty Cổ Phần Xuất bản Trẻ**

Đơn vị liên kết: **Công ty Cổ Phần Xuất bản Trẻ**

In 1000 cuốn, khổ 16x24cm tại Xưởng in Tổng cục Kỹ thuật

Giấy phép xuất bản số: 11 - 2010/CXB/252 - 173/YH

In xong và nộp lưu chiểu quý I/2011

