

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO BỆNH NHÂN TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

Ths Bs Nguyễn Thị Huệ

MỤC TIÊU: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Áp dụng các kiến thức khoa học cơ bản, y học cơ sở để giải thích các biểu hiện lâm sàng (cơ năng, thực thể) của bệnh nhân tai biến mạch máu não
2. Giải thích cơ sở chỉ định, mục đích chỉ định chương trình phục hồi chức năng các giai đoạn sau tai biến mạch máu não
3. Lập kế hoạch điều trị phục hồi chức năng cho bệnh nhân tai biến mạch máu não.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG VỀ TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

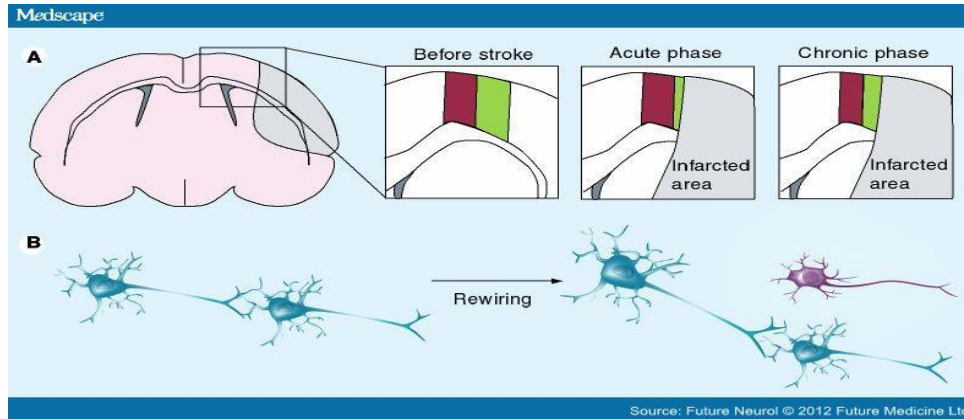
1.1. Định nghĩa

Theo tổ chức Y tế thế giới, tai biến mạch máu não là những thiếu sót thần kinh xảy ra đột ngột với các triệu chứng khu trú hơn là lan tỏa. Các triệu chứng tồn tại quá 24 giờ hoặc tử vong trong 24 giờ, loại trừ nguyên nhân sang chấn.

1.2. Cơ chế phục hồi trong tai biến mạch máu não

- Sự phục hồi của tai biến mạch máu não không phải là một đường thẳng, mà theo một đường cong, và hầu hết phục hồi xảy ra trong những ngày tháng đầu tiên

- Các nhà khoa học đã chứng minh có sự tái tổ chức trong não người để điều chỉnh sự phục hồi sau tai biến mạch máu não . Thực nghiệm cho thấy rằng, trong não người bình thường có một số vùng, đặc biệt ở vùng vỏ có khả năng thay đổi cấu trúc và chức năng để thích nghi với sự thay đổi của môi trường sống. Quá trình này có được là do tính mềm dẻo của não (plasticity).



Hình 3. Tân sinh thần kinh sau tai biến mạch máu não

- Các nghiên cứu mới nhất gần đây cho thấy rằng việc phục hồi chức năng sau tai biến mạch máu não liên quan chặt chẽ với việc tái tổ chức của vùng vỏ não xung quanh ổ nhồi máu cùng bên và vùng vỏ não liên quan đối bên. Các nghiên cứu về sử dụng từ trường xuyên sọ mới đây cũng cho thấy rằng sự giảm ức chế quanh vùng tổn thương và các rối loạn ức chế trong vỏ não vận động đối bên tổn thương đóng vai trò quan trọng trong quá trình tái tổ chức.

- Những nghiên cứu trên động vật cũng cho thấy rằng rõ ràng sau khi tổn thương não cục bộ, có sự thay đổi ở mức tế bào và phân tử ở các vùng quanh não và xa tổn thương. Ở mức tế bào khi thiếu máu sẽ xuất hiện một môi trường đặc biệt cho các sợi trục sống sót mọc các nhánh mới và tạo các liên kết mới trong tháng đầu tiên. Các protein phát triển bình thường không có trong não người nhưng lại thấy sau nhồi máu não và chúng phát huy hiệu quả trong nhiều ngày, nhiều tháng. Các protein này ảnh hưởng đến sự phát triển của các tế bào thần kinh, quá trình sinh mạch máu và các tế bào. Hơn nữa có sự di chuyển của các tế bào thần kinh trưởng thành tới vùng quanh não tổn thương một phần qua trung gian bởi cytokine erythropoietin. Tất cả những điều này nhằm chứng tỏ có sự thay đổi về cấu trúc của não sau tai biến mạch máu não .

2. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ MÃU CO CỨNG

2.1. Các yếu tố nguy cơ của tai biến mạch máu não

Tổ chức Y tế Thế giới năm 1980-1990 đã tổng kết các yếu tố nguy cơ của tai biến mạch máu não, chúng làm tăng tỉ lệ tai biến 7-10 lần. Có thể xếp loại như sau:

- + Các bệnh tim- mạch: tăng huyết áp, vữa xơ động mạch, các bệnh tim (rối loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn), bệnh van tim...
- + Các nguyên nhân dinh dưỡng, chuyển hóa: bệnh béo phì, uống rượu, hút thuốc lá, ăn mặn, đái tháo đường, tăng lipid huyết thanh, tăng acid uric máu...
- + Các yếu tố khác: Dùng thuốc tránh thai có Oestrogen, các yếu tố gia đình, bệnh tăng tiểu cầu, tăng hematocit, bệnh thận và một số trường hợp khác.

2.2. Mấu co cứng

Trương lực cơ được chi phối bởi phản xạ trương lực cơ nguyên phát và thứ phát ở tủy sống. Khi kích thích các đầu mút cảm giác thứ phát trong các cơ gập sẽ gây đồng vận gập thông qua noron vận động gamma và anpha. Cũng tương tự cũng gây được đồng vận duỗi ở các cơ duỗi. Khi có tổn thương não, hoạt động của các noron ở tủy sống ở trạng thái thoát ức chế, dần xuất hiện mấu co cứng và các phản xạ đồng vận ở các chi.

Mấu co cứng thường xuất hiện vào giai đoạn hồi phục, thể hiện bằng hiện tượng tăng trương lực các cơ gập ở tay và các cơ duỗi ở chân. Các khớp chi trên ở tư thế gập, khép và xoay trong, còn các khớp ở chân ở tư thế duỗi dạng và xoay ngoài. Cơ ở cổ và thân bên liệt co ngắn hơn bên lành.

Liệt nửa người có thể diễn biến qua các giai đoạn: cấp tính, hồi phục và giai đoạn di chứng. Chương trình phục hồi chức năng được thiết kế tùy vào giai đoạn tiến triển người bệnh. Khi nào có thể bắt đầu phục hồi chức năng sau khi xảy ra tai biến? Ngày nay nhiều nhà lâm sàng cho rằng nên bắt đầu càng sớm càng tốt, ngay sau khi tình trạng huyết động bệnh nhân ổn định.

3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG Ở GIAI ĐOẠN CẤP TÍNH

3.1. Biểu hiện lâm sàng của giai đoạn cấp tính

- *Thay đổi về tri giác, nhận thức:*

Bệnh nhân có thể bị hôn mê trong các trường hợp tổn thương phạm vi mạch não rộng do xuất huyết não, hoặc khi tai biến xảy ra ở thân não. Ngoài ra, có thể gặp những rối loạn tri giác- nhận thức ở mức độ khác nhau: lú lẫn, mất định hướng, giảm tập trung chú ý, rối loạn trí nhớ, ngôn ngữ, tư duy, cảm xúc và mất thực dụng.

- *Kiểm khuyết vận động*

Tùy vào tổn thương nguyên phát, vị trí và tổn thương mạch máu mà các rối loạn vận động biểu hiện khác nhau

- + Hội chứng khuyết não ở bao trong gây liệt nửa người thuần túy vận động.
- + Tổn thương bán cầu não do động mạch não giữa gây liệt nửa người, tay và mặt nặng hơn chân, kèm theo rối loạn cảm giác và ngôn ngữ...
- + Tai biến hệ thân nền gây liệt nửa người kèm liệt giao bên của các dây thần kinh sọ não, có thể kèm theo hội chứng tiểu não, rối loạn thị trường.

- Các rối loạn giác quan

Cảm giác: những rối loạn cảm giác có thể gặp ở bệnh nhân TBMN gồm mất hoặc giảm cảm giác nông gồm cảm giác đau, nóng lạnh, cảm giác sờ, sâu: cảm giác về vị trí. Thông thường những khiếm khuyết cảm giác hay bị bỏ qua do bệnh nhân ít khi kêu ca về nó. Rối loạn cảm giác thường được hồi phục gần hoàn toàn trong vòng tháng thứ nhất, thứ hai.

- Các hậu quả của bất động

Có thể xảy ra các thương tật thứ cấp như loét do đè ép, teo cơ, co rút, cốt hóa lạc chỗ, huyết khối tĩnh mạch, bội nhiễm phổi hoặc nhiễm trùng tiết niệu...

3.2. Phục hồi chức năng ở giai đoạn cấp tính

3.2.1. Mục tiêu

- Chăm sóc, nuôi dưỡng
- Theo dõi và kiểm soát chức năng
- Đề phòng thương tật thứ cấp
- Kiểm soát các yếu tố nguy cơ
- Nhanh chóng đưa người bệnh ra khỏi trạng thái bất động tại giường.

3.2.2. Các biện pháp điều trị và phục hồi chức năng

3.2.2.1. Điều trị:

Bao gồm các thuốc hạ huyết áp, thuốc chống đông, kiểm soát đường máu, chống phù não và tăng cường oxy tới não. Tùy theo trường hợp xuất huyết não hoặc thiếu máu cục bộ, có thể lựa chọn các phác đồ khác nhau. Lưu ý một số yếu tố cơ chế bệnh sinh như: không hạ huyết áp quá thấp dưới 120 mmHg để phòng giảm áp lực máu lên não.

Các chất kháng calci không những được dùng với mục đích hạ áp mà còn nhằm mục đích bảo vệ tế bào não khỏi ngộ độc các ion Ca. Việc bồi phụ nước điện giải cần cân nhắc lượng dịch truyền tránh phù não. Những hiểu biết về vùng tranh tối tranh sáng gợi ý cho việc sử dụng các thuốc bảo vệ tế bào não. Thuốc như cerebrollysine có thể dùng tới 30 ml/ ngày ở giai đoạn cấp tính, 10 ml/ ngày ở giai đoạn hồi phục.

3.2.2.2. Chăm sóc nuôi dưỡng:

Giai đoạn cấp tính bệnh nhân thường được theo dõi ở phòng hồi sức hoặc cấp cứu, duy trì đường hô hấp, miệng họng sạch. Đặt nội khí quản và thở máy nếu có tăng tiết dịch và hôn mê. Đặt sonde bàng quang để theo dõi dịch. Chăm sóc da (lăn trở 2h/ lần). Đặt sonde dạ dày nếu bệnh nhân hôn mê. Trong những ngày đầu, cần hướng dẫn gia đình chế độ ăn, cách ăn để tránh nghẹn, sặc, nuốt kém, nhai kém do liệt hầu họng và mặt.

3.2.2.3. Tư thế:

Cho người bệnh nằm hướng bên liệt ra ngoài để tăng khả năng nhận kích thích từ phía liệt. Dùng gối kê vai, hông bên liệt và hướng dẫn gia đình cách đặt các tư thế tại giường. Giai đoạn này có thể cần băng treo khuỷu tay để giảm bán trật khớp vai.

3.2.2.4. Tập luyện- vận động:

Chủ yếu là các bài tập theo tầm vận động khớp để ngăn ngừa co rút, huyết khối và các biến chứng khác.

Hướng dẫn bệnh nhân một số bài tự tập phối hợp bên lành- bên liệt như: tập khớp vai, tập làm cầu... giúp bệnh nhân khả năng lăn trở tại giường. Cho bệnh nhân ngồi dậy sớm ngay khi có thể.

3.2.2.5. Phẫu thuật:

Có thể cần can thiệp khi có máu tụ nội sọ, gây rối loạn tri giác, hoặc kẹp túi phồng động mạch, tĩnh mạch... hay làm cầu nối trong- ngoài sọ, cắt bỏ lớp áo trong động mạch cảnh...

4. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG Ở GIAI ĐOẠN HỒI PHỤC

4.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1. Tri giác nhận thức

Được cải thiện và ổn định, do vậy bệnh nhân có thể phối hợp được với việc thăm khám và điều trị. Cũng nhờ đó, hoạt động ăn uống, hô hấp, bài tiết được kiểm soát, giảm bớt nguy cơ các thương tật thứ cấp. Việc lượng giá chức năng nhận thức ở giai đoạn này cần được tiến hành nhằm tìm hiểu một số vấn đề như: hội chứng bán cầu não không ưu thế, mất thực dụng, rối loạn giác quan và nhận thức...giúp cho phục hồi chức năng được toàn diện.

4.1.2. Khiếm khuyết vận động

Đặc trưng bởi liệt mềm, rồi chuyển sang liệt cứng với mẫu co cứng điển hình và “cử động khối”.

4.1.3. Hội chứng vai tay và hiện tượng đau khớp vai bên liệt

Hiện tượng đau khớp vai và tay bên liệt còn được gọi là phản xạ loạn dưỡng giao cảm. Khớp vai sưng, đỏ, đau, co rút, hạn chế vận động, đau lan xuống các khớp của chi. Chụp X quang có thể thấy hiện tượng loãng xương hình đốm, mất calci của xương. Hiện tượng này được cho rằng nguyên nhân là do mất cân bằng của hệ thần kinh giao cảm hoặc thần kinh tự động. Nó có thể gặp trong một số bệnh lý khác như cơn đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, sau phẫu thuật lồng ngực...

4.1.4. Các hoạt động chức năng

Di chuyển: Bệnh nhân đã có thể tự lăn trở ngòai dậy tại giường, cơ lực của bệnh nhân đã hồi phục nhưng thăng bằng điều hợp chưa tốt nên việc di chuyển thường bằng xe lăn.

Các hoạt động tự chăm sóc: do bị liệt nên các hoạt động hàng ngày chủ yếu nhờ tay lành. Mẫu co cứng thường tạo thuận cho chi dưới (đứng và đi) nhưng lại cản trở chi trên thực hiện các hoạt động sinh hoạt như: mặc áo, cầm đồ vật đối với tay do hiện tượng đồng vận các khớp ở tay (co cứng và quay sấp cẳng tay).

4.1.5. Rối loạn ngôn ngữ và lời nói

Phổ biến nhất là thất ngôn, mất thực dụng lời nói. Xác định thất ngôn dựa vào việc phát hiện khiếm khuyết của một trong bốn hình thái ngôn ngữ: nghe hiểu, nói, đọc và viết.

4.2. Phục hồi chức năng

4.2.1. Mục tiêu

- Duy trì tình trạng sức khỏe ổn định, tạo điều kiện cho việc luyện tập, vận động.
- Tăng cường sức mạnh cơ bên liệt
- Tạo thuận và khuyến khích tối đa các hoạt động chức năng.
- Kiểm soát các rối loạn tri giác, nhận thức, giác quan, ngôn ngữ.
- Hạn chế và kiểm soát các thương tật thứ cấp.
- Giáo dục và hướng dẫn gia đình cùng tham gia phục hồi chức năng.

Ở giai đoạn này, việc phục hồi chức năng mang tính toàn diện, nhằm tác động lên toàn bộ những khiếm khuyết, giảm khả năng của người bệnh, sớm cho họ độc lập. Nhóm phục hồi gồm các thành viên như: bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, chuyên gia ngôn ngữ trị liệu, dụng cụ chỉnh hình và một số thành viên khác... Những thành viên này phải phối hợp các biện pháp để phục hồi chức năng cho người bệnh có hiệu quả.

4.2. Các biện pháp điều trị- Phục hồi chức năng

4.2.1. Điều trị

- Kiểm soát huyết áp, đau khớp vai, co cứng cơ và tăng cường tuần hoàn não.
- Đau khớp vai có thể hạn chế bằng các biện pháp nhiệt, điện hoặc dùng thuốc.
- Hội chứng vai tay: Dùng thuốc chống viêm giảm đau, steroid (trong 1 tuần rồi hạ liều nhanh). Tập vận động khớp vai kết hợp với kéo giãn nhẹ nhàng, chủ yếu là duy trì tầm vận động khớp vai. Đôi khi phong bế hạch giao cảm cũng được sử dụng.

4.2.2. Chế độ vận động và các dạng bài tập

- Tăng cường sức mạnh cơ bên liệt:
 - + Do mức độ hồi phục ở các cơ sau liệt là khác nhau, kỹ thuật viên vật lý trị liệu có thể cho bệnh nhân tập chủ động có trợ giúp, chủ động theo tầm vận động hoặc có kháng trở để tăng sức mạnh cơ.
 - + Để tái rèn luyện thần kinh cơ, cho bệnh nhân tập các hoạt động chức năng như Sử dụng tay, tập đi.

- Nếu trương lực cơ tăng quá mạnh: có thể sử dụng một số bài tập và kỹ thuật kéo giãn. Ví dụ kéo giãn khớp cổ chân, kỹ thuật ức chế co cứng đối với các khớp ở góc chi và ngón chi, đứng bàn nghiêng hoặc sử dụng nẹp chỉnh hình, có thể kết hợp với thuốc giãn cơ hoặc phong bế tại chỗ vào các điểm vận động của cơ bị co cứng bằng Phenol 1% hay cồn 60 độ hoặc sử dụng các sản phẩm chứa độc tố vi khuẩn Botolium để gây giãn cơ như: Dysport hoặc Botox với liều lượng thấp.

- Rối loạn thăng bằng và điều hợp: Với mục đích tăng cường thăng bằng, cho bệnh nhân tập bài tập thăng bằng ngồi, đứng, đi. Để có thăng bằng khi đi, có thể sử dụng thanh song song, khung đi hoặc nạng, gậy, có thể cho bệnh nhân tập đi trên ghế băng, tập bàn nhún hoặc đi theo bàn vẽ trên mặt đất...

4.2.3. Hoạt động trị liệu

Hoạt động trị liệu: Là những hoạt động để thực hiện một công việc trong các lĩnh vực như chăm sóc bản thân, lao động và giải trí giúp độc lập trong sinh hoạt, cải thiện năng lực thể chất và tinh thần, giúp người bệnh sớm hội nhập xã hội. Hoạt động trị liệu được chỉ định dưới những dạng hoạt động chơi thể thao, giải trí sáng tạo, nghệ thuật, các hoạt động hàng ngày, nội trợ, hay hoạt động hướng nghiệp. Khi tri giác ổn định và cơ lực ở các nhóm cơ hồi phục, bệnh nhân sẽ cải thiện chức năng tốt hơn và rút ngắn thời gian nằm viện.

4.2.4. Ngôn ngữ trị liệu

Được chỉ định trong trường hợp bị thất ngôn. Nguyên tắc huấn luyện ngôn ngữ là thiết lập một hệ thống tín hiệu ngôn ngữ bổ sung và thay thế những hình thái ngôn ngữ bị mất hoặc bị tổn thương. Việc xây dựng hệ thống tín hiệu này dựa trên quá trình phát triển ngôn ngữ bình thường, đi từ thấp đến cao: kỹ năng không lời, các âm vị, âm tiết rồi tới câu với các cấu trúc ngữ pháp. Các biện pháp điều trị và tiên lượng của các thể thất ngôn rất khác nhau. Trong những thể thất ngôn toàn bộ hoặc đơn độc, khả năng hồi phục rất kém, thường phải giúp bệnh nhân giao tiếp bằng ngôn ngữ không lời. Thất ngôn điển đạt có thời gian hồi phục ngắn hơn và tiên lượng tốt hơn thất ngôn tiếp nhận.

4.2.5. Dụng cụ phục hồi chức năng

Được sử dụng rộng rãi và rất hiệu quả với nhiều mục đích khác nhau: trợ giúp, chỉnh hình và các dụng cụ tập luyện.

- Nẹp cổ chân (nẹp dưới gối) khi nhóm cơ nâng bàn chân bên liệt hồi phục quá chậm hoặc không hồi phục. Nẹp giúp di chuyển dễ hơn đồng thời ngăn ngừa thói quen gập và nâng hông bên liệt khi đi, nẹp được làm từ nhựa polypropylene theo khuôn chân bệnh nhân.

- Đai nâng vai, nẹp cổ chân, máng đỡ cổ tay. Khi mẫu co cứng quá mạnh, các cơ đối vận yếu, có nguy cơ biến dạng khớp, cần chỉ định nẹp chỉnh hình.

- Tập với dụng cụ ở giai đoạn đã có cơ cơ chủ động, bệnh nhân có thể tập với dụng cụ tập như: ròng rọc tập tay, xe đạp, ghế tập cơ tứ đầu đùi, cầu thang...

5. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TẠI CỘNG ĐỒNG VÀ HƯỚNG NGHIỆP SAU XUẤT VIỆN

5.1. Các di chứng sau tai biến

Quá trình hồi phục diễn ra chậm dần, sau 6 tháng bị tai biến, khả năng hồi phục rất hạn chế. Đây là giai đoạn di chứng sau tai biến. Tuy nhiên, những rối loạn nhận thức và ngôn ngữ vẫn tiếp tục được cải thiện hàng năm sau khi bị tai biến. Phần lớn khả năng hồi phục ở bệnh nhân là về vận động, đặc biệt ở chi dưới. Theo thống kê trên bệnh nhân khoa phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai, thời gian trung bình từ khi bị tai biến đến lúc bệnh nhân đi được là 30 ngày. Còn theo dõi sau 1 năm, tỷ lệ bệnh nhân độc lập về chức năng (di chuyển và tự chăm sóc) chỉ đạt 33,5%. Những vấn đề chính của bệnh nhân là:

5.1.1 Co cứng và co rút các khớp bên liệt

Xảy ra đặc biệt ở cổ chân bên liệt, khiến khi di chuyển, bàn chân tiếp đất bằng mũi hoặc cạnh ngoài, các ngón chân quắp. Khớp hông bên liệt gập và thân co ngắn. Khớp vai khép, xoay trong, cử động thụ động rất hạn chế do đau. Khuỷu và cổ tay gập, căng tay quay sấp làm hạn chế nhiều hoạt động chức năng ở tay bên liệt. Nếu bệnh nhân khi xuất viện có nẹp chỉnh hình, những biến dạng này có thể

kiểm soát được.

5.1.2 Rối loạn thăng bằng điều hợp

Ngoài yếu cơ, các rối loạn thăng bằng, điều hợp cũng tham gia gây hạn chế các hoạt động chức năng. Bệnh nhân di chuyển hoặc thực hiện một hoạt động theo mẫu cử động khó.

5.1.3 Hạn chế về giao tiếp

Ngay cả đối với những bệnh nhân không bị thất ngôn: bị hạn chế trong môi trường gia đình, các mối liên hệ xã hội giảm. Còn bệnh nhân bị thất ngôn, khả năng hiểu và diễn đạt kém lại là trở ngại trong quan hệ với người thân và xã hội, là nguyên nhân quan trọng dẫn đến hội chứng trầm cảm sau tai biến.

5.1.4 Trầm cảm

Bản thân tổn thương não gây trầm cảm, ngoài ra sự cách biệt khỏi môi trường kéo dài cũng gây những thay đổi về trí tuệ và hoạt động tư duy. Bệnh nhân dễ xúc động, dễ khóc, khó kiểm soát những biểu hiện cảm xúc. Thông thường, biểu hiện trầm cảm ở bệnh nhân tai biến mạch não là tạm thời, không kéo dài nên việc khuyến khích, khen ngợi những cố gắng của bệnh nhân khi tập luyện là biện pháp tốt để giảm bớt trầm cảm.

5.2. Phục hồi chức năng

5.2.1. Mục tiêu

Những mục tiêu chính ở giai đoạn này

- Duy trì tình trạng sức khỏe ổn định.
- Tăng cường độc lập tối đa trong các hoạt động chăm sóc bản thân.
- Hạn chế các di chứng.
- Khuyến khích người bệnh tham gia các hoạt động của gia đình và xã hội.
- Thay đổi kiến trúc cho phù hợp với tình trạng chức năng của người bệnh.
- Hướng nghiệp.
- Giáo dục và lôi kéo gia đình tham gia vào quá trình tập luyện và tái hội nhập.

5.2.2. Các biện pháp phục hồi chức năng

Theo dõi sức khỏe định kỳ: sau xuất viện cho bệnh nhân là cần thiết để đề phòng tái phát. Việc theo dõi có thể chuyển về tuyến cơ sở nơi bệnh nhân sinh sống. Ngoài ra, mỗi liên hệ thường kỳ với cơ quan y tế còn nhằm mục đích giáo dục truyền thông về phòng ngừa, chăm sóc người tàn tật. Từ phía người bệnh, việc này tạo cho họ tâm lý an tâm, được chăm sóc.

Thuốc có thể cần là các thuốc giãn cơ: nếu các thuốc giãn cơ thông thường kém hiệu quả, có thể sử dụng Baclofen (Lioresal) hoặc Dantrolen (Dantrium) để kiểm soát co cứng. Dùng thuốc sau cùng cần kiểm tra chức năng gan trước và sau điều trị, vì nó có thể gây viêm gan nhiễm độc.

5.2.2.1. Các bài tập tại nhà

Bệnh nhân cần hướng dẫn những bài tập này trước khi xuất viện. Tốt nhất các bài tập được thiết kế dưới hình thức các hoạt động. Có thể kể ra đây một số ví dụ: tập khớp vai bằng rỗng rọc, gấp vai thụ động nhờ tay lành, dồn trọng lượng lên tay liệt khi ngồi, tập với theo các móc đánh dấu trên tường bằng tay liệt...

Đối với chân, bệnh nhân có thể đạp xe đạp, đi bộ lên xuống cầu thang, tập đi trên mặt đất không phẳng, đi ra khỏi môi trường quen thuộc...

5.2.2.2. Hoạt động tự chăm sóc

Môi trường gia đình là nơi bệnh nhân có thể tập các hoạt động tự chăm sóc tốt nhất. Khuyến khích người bệnh tự thực hiện các hoạt động ăn uống, tắm rửa, thay quần áo, đi vệ sinh theo nền nếp... giống như trước khi bị bệnh. Một số hoạt động có thể cần trợ giúp một phần: ví dụ di chuyển trong nhà vệ sinh, buộc dây giày... Tuy nhiên, cần thay đổi các vật dụng của người bệnh một cách thích ứng để họ có thể độc lập tối đa. Chẳng hạn: làm tay cầm để bệnh nhân tự cầm lược chải đầu, xúc ăn, dùng băng dán thay cho cúc áo...

5.2.2.3. Nội trợ và các hoạt động khác trong gia đình

Bệnh nhân là phụ nữ thì nhu cầu nội trợ rất cần thiết. Nên động viên bệnh nhân tham gia nấu nướng, giặt giũ, dọn dẹp nhà cửa và chăm sóc con cái. Bệnh nhân có thể thực hiện một phần những hoạt động này, cố gắng thay đổi vị trí, kích

thước, chiều cao bệ bếp, dây phơi...để bệnh nhân có thể làm những việc đó khi ngồi xe lăn hoặc trên ghế dựa.

5.2.2.4. *Các hoạt động khác và hướng nghiệp*

Giao tiếp xã hội và tham gia các hoạt động của cộng đồng là nhu cầu thiết yếu của mỗi người. Nên dần đưa người bệnh đi ra ngoài, thăm hàng xóm, đi mua bán, họp hành ở phường xóm. Việc đó tạo cho họ một tâm lý vui vẻ, tự tin và động lực tập luyện, ham muốn tái hội nhập. Đồng thời những cuộc thăm viếng đó cũng làm thắt chặt mối quan hệ với mọi người xung quanh, là tiền đề cho việc tìm kiếm cơ hội làm việc.

5.2.2.5. *Thay đổi kiến trúc nơi người bệnh sinh sống*

Kiến trúc kiểu căn hộ, nghĩa là toàn bộ diện tích gia đình đều trên một mặt sàn, hiện nay ở các đô thị Việt Nam chưa phổ biến. Ở nông thôn, việc này tương đối thuận tiện, nhưng lẽ lối bố trí các công trình vệ sinh, nhà bếp gây khó khăn cho người bệnh. Do vậy, thầy thuốc phục hồi chức năng nên tư vấn cho bệnh nhân và gia đình họ để có những lựa chọn hợp lý khi xuất viện. Nhà ở cao tầng, kích thước cửa ra vào, nhà vệ sinh, bếp, bàn ghế, bậc lên xuống và xe lăn đặc biệt cho bệnh nhân liệt nửa người là những vấn đề cần điều chỉnh khi bệnh nhân xuất viện.

5.2.2.6. *Vai trò của gia đình trong quá trình hội nhập xã hội*

Thời gian phục hồi sau tai biến, có thể kéo dài hàng năm, trong khi người bệnh chỉ có thể ở lại trong bệnh viện 1- 2 tháng. Do vậy, việc hướng dẫn, giáo dục gia đình họ tham gia vào chăm sóc, tập luyện rất cần thiết. Nên để gia đình họ quan sát các bài tập, cách đặt tư thế, cách đỡ bệnh nhân khi lăn trở, di chuyển, hạn chế giúp bệnh nhân khi bệnh nhân đã tự làm được trong sinh hoạt hàng ngày. Khi xuất viện, gia đình cũng cần được biết về mục tiêu và chương trình tập tại nhà để động viên, tham gia cùng tập với bệnh nhân, cần được hướng dẫn về chế độ ăn uống, nghỉ ngơi thích hợp cho người bệnh.