



Cần Giờ





Giới thiệu về Guideline điều trị bệnh TBMMN của Nhật Bản

(dựa trên bản dịch tiếng Việt của anh Đức từ
nguyên tác tiếng Nhật và bản dịch tiếng Anh)

Phần 3

Hồ Quang Hưng

6/11/2012

1. How to Promote Stroke Rehabilitation
2. Rehabilitation for Main Impairments and Problems
 1. Rehabilitation for motor impairment and ADL
 2. Rehabilitation for gait disorder
 3. Rehabilitation for upper limb impairment
 4. Rehabilitation for spasticity
 5. Rehabilitation for the shoulder on the paralyzed side
 6. Treatment for central pain
 7. Rehabilitation for dysphagia
 8. Rehabilitation for urinary disturbance
 9. Rehabilitation for speech disorder
 10. Rehabilitation for cognitive impairment
 11. Rehabilitation for decreased physical fitness
 12. Treatment for osteoporosis
 13. Treatment for the depressive state

2-7. PHCN cho rối loạn nuốt

KHUYẾN CÁO

1. Rối loạn nuốt là một trong những triệu chứng thường gặp. Khuyến cáo sử dụng đường dinh dưỡng đúng (đường miệng hay bằng ống), **hướng dẫn cách ăn và thức ăn phù hợp, tư thế và phương pháp nuốt bù trừ** dựa trên việc tầm soát chức năng nuốt cũng như xét nghiệm soi huỳnh quang hay nội soi (Mức độ B).
2. Đối với những bệnh nhân có khó khăn nhẹ trong việc ăn bằng đường miệng, **việc nuôi ăn bằng ống trong giai đoạn cấp được khuyến cáo** (ngay trong 7 ngày sau khởi bệnh) bởi vì tần suất chết thấp hơn truyền tĩnh mạch ngoại biên (mức độ B). Khi có khó khăn ăn bằng miệng kéo dài hơn 1 tháng, mở dạ dày nuôi ăn được khuyến cáo (mức độ B).
3. Những bài tập gián tiếp như gập cổ và xoay đầu, kích thích nhiệt vùng hầu, nghiệm pháp Mendelsohn, nuốt trên tiểu thiệt (nuốt giữ hơi thở) và dẫn bóng cải thiện chỉ số xét nghiệm và lượng ăn vào; do vậy khuyến cáo sử dụng các phương pháp này. (mức độ B)

2-8. PHCN cho rối loạn tiểu tiện

KHUYẾN CÁO

1. Rối loạn tiểu tiện thì cũng thường gặp (**bàng quang tăng hoạt hay giảm hoạt**). Đây là một yếu tố cản trở PHCN. Chính vì vậy, việc đánh giá đầy đủ chức năng tiểu nên được làm dựa trên sự quan sát kiểu đi tiểu, đo lường thể tích nước tiểu tồn lưu, XN niệu động học (mức độ B).
2. Khuyến cáo điều trị dựa trên tình trạng lâm sàng như việc điều trị thuốc, giáo dục hướng dẫn (về cách đi tiểu, đi cầu), phản hồi sinh học (nam), huấn luyện cơ sàn chậu (nữ) (mức độ C1).

2-9. PHCN cho rối loạn nói

KHUYẾN CÁO

1. Lượng giá một cách hệ thống được khuyến cáo cho mất ngôn ngữ (mức độ B). Khuyến cáo dùng phép kiểm SLTA (Standard Language Test of Aphasia), **WAB (Western Aphasia Battery)** (mức độ B).
2. Khuyến cáo bắt đầu điều trị nói tích cực và chuyên nghiệp ngay **giai đoạn sớm sau khởi phát** (mức độ B).
3. Hiện nay, điều trị theo nhóm và điều trị thiết bị vi tính được khuyến cáo (mức độ B).
4. Về vấn đề điều trị thuốc cho mất ngôn ngữ, hiệu quả của piracetam đã được chỉ ra, tuy nhiên cần chú ý đến tác dụng phụ (mức độ B).
5. Huấn luyện để cải thiện vấn đề giao tiếp do rối loạn bộ phận cấu âm (articulation) không có bằng chứng khoa học thích hợp, nhưng việc thực hiện được khuyến cáo (mức độ C).

2-10. PHCN cho khiếm khuyết nhận thức

KHUYẾN CÁO

1. Sau khởi phát, nên lượng giá có hay không những khiếm khuyết nhận thức sau (chi tiết và độ nặng): mất ngôn ngữ (aphasia), mất dùng lời nói (apraxia), mất khả năng đọc (alexia), mất nhận dạng hình dạng (agnosia), thờ ơ nửa bên, rối loạn chú ý, khiếm khuyết trí nhớ, khiếm khuyết thực thi, rối loạn trí tuệ (intellectual disturbance) và rối loạn hành vi cảm xúc (bao gồm trầm cảm). Gia đình bệnh nhân nên được thông báo về kết quả lượng giá (mức độ B).
2. PHCN cho khiếm khuyết nhận thức bao gồm những bài tập phục hồi những chức năng bị tổn thương và những bài tập bù trừ. Mục tiêu của hai bài tập này nên phù hợp với hoạt động sống hàng ngày (mức độ B).

Sau khi trải qua hội chứng chuyển tiếp (**Transitional syndrome** - transient appearance of various cognitive impairments and mental disorders) sau khởi phát bệnh, tất cả suy giảm nhận thức phục hồi, nhưng vào khoảng 6 tháng, suy giảm trí nhớ, đặc biệt là ở trường hợp nặng thì khó phục hồi. Thờ ơ nửa bên, rối loạn chú ý tiếp tục cải thiện sau đó nhưng mức độ hồi phục giảm dần.

Năm 2004, "**higher brain impairment**" được đưa vào bảng viện phí ở Nhật Bản.

2-10. PHCN cho khiếm khuyết nhận thức

KHUYẾN CÁO

3. Đối với thờ ơ nửa bên, việc huấn luyện tìm kiếm thị giác và đưa gợi ý vào phía bên thờ ơ được khuyến cáo (mức độ B). Việc phối hợp những kĩ thuật sau cũng được khuyến dùng: đeo lăng kính, kích thích nước lạnh tai trái, kích thích thị lực để rung giật nhãn cầu về phía thờ ơ, xoay thân về phía thờ ơ, kích thích rung đối với cơ cổ sau trái (mức độ C1). Tuy nhiên không có bằng chứng khoa học phù hợp ủng hộ cho hiệu quả điều trị kéo dài và việc áp dụng vào trong hoạt động sống hàng ngày.
4. Đối với suy giảm trí nhớ, việc huấn luyện sử dụng dụng cụ trợ giúp như ghi chú, lịch làm việc và máy nhắc nhở để bù trừ cho những khiếm khuyết trí nhớ ở BN nhẹ, việc học để đạt được những kĩ thuật và kiến thức chuyên cho lĩnh vực được khuyến cáo cho BN trung bình nặng (mức độ B). Cũng vậy nên thực hiện việc học trí nhớ thủ thuật (procedural memory learning = motor learning). (mức độ B)

2-10. PHCN cho khiếm khuyết nhận thức

KHUYẾN CÁO

5. **Đối với RL chú ý**, nhiều phương pháp huấn luyện nhận thức cũng được khuyến cáo (Mức độ B) nhưng không có bằng chứng khoa học phù hợp cho những chủ đề tập luyện tối ưu (mức độ C1). Ngoài ra nên xem xét việc **tái sắp xếp lại môi trường** bệnh nhân để giảm sự rối loạn chú ý, ví dụ, rút ngắn thời gian làm việc, nghỉ giải lao, loại bỏ đi sự tác động về âm thanh và thị giác trong môi trường mà có thể làm xao lãng hay tác động xấu đến sự chú ý (mức độ C1).
6. **Đối với mất dùng hữu ý** (apraxia), huấn luyện động tác cho những **mục tiêu thực tế**, và học đạt được kĩ năng bù trừ cho những khiếm khuyết được khuyến cáo (mức độ C1).

2-11. PHCN cho suy yếu sức khỏe thể chất

1. Những chỉ số có thể đạt được khi cho chịu tải dưới mức tối đa có thể được dùng cho lượng giá sức khỏe thể chất ở bệnh nhân liệt nửa người. Khi cho chịu tải, việc sử dụng thảm đi bộ, xe đạp gắng sức hay các động tác lặp đi lặp lại theo độ nặng của khiếm khuyết vận động được khuyến cáo (mức độ B).
2. Việc **huấn luyện bài tập hiệu khí hay phối hợp tập hiệu khí và tập mạnh cơ chân** được khuyến cáo mạnh vì nó cải thiện khả năng gắng sức, khả năng đi bộ, hoạt động thể chất, chất lượng cuộc sống và sự dung nạp glucose (mức độ A).
3. **Tập mạnh cơ chân liệt** được khuyến cáo vì làm mạnh cơ chi dưới (mức độ A) và cải thiện chức năng cơ thể (mức độ B).

Không có bằng chứng thỏa đáng chứng tỏ việc tập gắng sức bên liệt làm tăng co cứng cơ và giảm sự kiểm soát vận động.

2-12. Điều trị loãng xương

1. Để ngăn ngừa và điều trị loãng xương có xu hướng tác động lên bên liệt, **điều trị loãng xương và tắm nắng** được khuyến cáo (mức độ B)
2. Để duy trì khối lượng xương, ngay cả khi cần hỗ trợ, **việc đứng dậy và đi chịu sức nặng** được khuyến cáo (mức độ B)

2-13. Điều trị tình trạng trầm cảm

4 tháng sau đột quỵ, 23% BN bị trầm cảm.

Nhóm bắt đầu điều trị thuốc chống trầm cảm trong vòng 1 tháng sau đột quỵ thì có kết quả tốt hơn nhóm bắt đầu điều trị trễ sau 1 tháng (chứng cứ Ib).

KHUYẾN CÁO:

1. Trầm cảm sau đột quỵ ức chế sự cải thiện ADL và chức năng nhận thức; vì thế **cần lượng giá đầy đủ và điều trị thích hợp** (mức độ B).
2. Khi có trầm cảm, khuyến cáo bắt đầu thuốc chống trầm cảm như chống trầm cảm 3 vòng, ức chế tái hấp thu serotonin chọn lọc, ức chế tái hấp thu serotonin norepinephrine ở giai đoạn sớm (mức độ B). Theo American College of Physicians' Guidelines điều trị thuốc chống trầm cảm nên kéo dài ít nhất 4 tháng, và nên đổi nếu không thấy hiệu quả sau 6 tuần.
3. Những **hoạt động tập luyện và thư giãn** vì làm giảm tần suất trầm cảm sau đột quỵ (mức độ B)

Tóm tắt

- Tập luyện ở giai đoạn phục hồi và duy trì có lợi cho sức khỏe toàn thân, sức cơ, loãng xương, trầm cảm
- Nên lượng giá một cách hệ thống và điều trị thích hợp các vấn đề “*không chỉ là vận động*” như vấn đề nuốt, giao tiếp, nhận thức (RL chú ý, thờ ơ nửa bên, RL trí nhớ, mất dùng hữu ý)

