

HIỆU QUẢ ÁP DỤNG BỘ DỤNG CỤ CT1-C6 HỖ TRỢ TẬP LUYỆN VÀ THÍCH NGHI TRONG ĂN UỐNG CHO NGƯỜI BỆNH LIỆT NỬA NGƯỜI SAU ĐỘT QUỲ NÃO

Vũ Thị Kim Oanh¹, Phùng Quỳnh Anh¹
Lê Thị Tuyền¹, Dương Thị Kiều¹
Phan Thị Lâm Oanh¹, Nguyễn Thị Phương Chi^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả áp dụng bộ dụng cụ hỗ trợ tập luyện và thích nghi trong ăn uống CT1-C6 cho người bệnh liệt nửa người sau đột quỵ não.

Đối tượng và phương pháp: Can thiệp tiến cứu, theo dõi dọc, so sánh trước và sau can thiệp trên 32 người bệnh đột quỵ não, liệt tay thuận, có chỉ định sử dụng bộ dụng cụ trợ giúp và thích nghi ăn uống CT1-C6, tại Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 02-5/2024. Đánh giá cải thiện chức năng chi trên bằng thang điểm ARAT; mức độ độc lập trong chăm sóc hàng ngày theo thang điểm FIM-6 mục tự chăm sóc; mức độ độc lập chức năng tổng thể theo thang điểm Barthel; mức độ hài lòng theo thang điểm Likert 7.

Kết quả: Nhu cầu sử dụng đũa 90,62%, thìa 53,13%, đĩa 21,87% và cốc 3,12%. Điểm ARAT, FIM-6 mục tự chăm sóc và Barthel tăng có ý nghĩa so với trước can thiệp, lần lượt là $9,16 \pm 3,51$ điểm; $16,53 \pm 6,01$ điểm và $31,72 \pm 15,22$ điểm ($p < 0,001$). Sau can thiệp, mức độ độc lập của người bệnh tăng 25,0%, cần chăm sóc một phần là 65,63%; mức độ hài lòng trung bình của người bệnh là $6,91 \pm 0,29$ điểm, của người chăm sóc là $6,97 \pm 0,18$ điểm.

Kết luận: Bộ dụng cụ hỗ trợ tập luyện và thích nghi trong ăn uống giúp người bệnh tăng khả năng độc lập trong sinh hoạt hằng ngày, giảm áp lực phụ thuộc của người bệnh, giảm áp lực cho người chăm sóc.

Từ khóa: Đột quỵ não, dụng cụ thích nghi, sự hài lòng.

EFFECTIVENESS OF APPLYING TRAIN-SUPPORT AND ADAPTIVE EATING CT1-C6 KIT TO POST-STROKE HEMIPARESIS PATIENTS

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the effects of applying train-support and adaptive eating CT1-C6 kit to post-stroke hemiparesis patients.

Subjects and methods: A prospective interventional study included 32 cerebral post stroke patients with dominant upper limb paralysis, prescribed the CT1-C6 kit at the Department of Rehabilitation, Military Central Hospital 108, 2-5/2024. Evaluate the improvement of upper limb function by ARAT, independence in activities of daily self-care was assessed using the 6-item self-care subscore of the Functional Independence Measure (FIM), while overall functional independence was measured using the Barthel Index, the satisfaction level of patients and caregivers according to the 7-point Likert scale.

Results: Needs to use chopsticks 90.62%, spoons 53.13%, forks 21.87% and cups 3.12%. ARAT, FIM self-care subscore and Barthel scores increased significantly compared to before intervention, 9.16 ± 3.51 ; 16.53 ± 6.01 and 31.72 ± 15.22 ($p < 0.001$) respectively; The patient's independence level increased: 25% were independent in daily activities (compared to 3.12%), 65.63% needed partial care; The patient's satisfaction level is 6.91 ± 0.29 , the caregiver's is 6.97 ± 0.18 points.

Conclusions: The train-support and adaptive eating CT1-C6 kit helped the patients increase their independence in daily activities, reducing the patient's dependency pressure and the caregiver's care pressure.

Keywords: Stroke, adaptive equipment, satisfaction.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Thị Phương Chi, Email: phuongchipr@yahoo.com

Ngày nhận bài: 06/11/2025; mời phản biện khoa học: 3/2026; chấp nhận đăng: 07/4/2026.

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não (ĐQN) là căn nguyên hàng đầu gây đa tàn tật ở người trưởng thành; trong đó, trên 90% trường hợp là các khiếm khuyết về vận động (như liệt tay, chân, thân mình...). Có đến 87,5% người bệnh (NB) sau ĐQN có nhu cầu phục hồi chức năng (PHCN), trong đó, nhu cầu thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (activities of daily living - ADL) chiếm tỉ lệ cao nhất (76,5%) [1]. Theo Kwakkel G [2], khoảng 10-15% NB sống sau ĐQN lấy lại khả năng sử dụng chi trên hoàn toàn các ADL trong vòng 6 tháng sau ĐQN và khoảng 40% trường hợp chỉ phục hồi một phần sự khéo léo của cánh tay bị liệt [2].

Sự suy giảm chức năng bàn tay và cánh tay gây khó khăn đáng kể trong chăm sóc cá nhân, làm gia tăng gánh nặng cho người chăm sóc. Trong PHCN, cùng với các phương pháp tập luyện, dụng cụ thích nghi giữ vai trò quan trọng, giúp NB có thể thực hiện một số hoạt động chức năng chi trên, góp phần nâng cao mức độ độc lập cho NB. Các dụng cụ này được khuyến cáo sử dụng sớm, ngay từ những tuần đầu sau ĐQN, kết hợp trong các bài tập theo các nhiệm vụ ADL nhằm tăng cường cường độ luyện tập, kích thích tái tổ chức thần kinh và thúc đẩy PHCN [3, 4, 5].

Với mong muốn giúp NB có thể sử dụng tay liệt phục vụ nhu cầu sinh hoạt của bản thân, chúng tôi đã cải tiến bộ dụng cụ hỗ trợ tập luyện và thích nghi ăn uống CT1-C6. Để có cơ sở khoa học ứng dụng thực tế, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả của bộ dụng cụ CT1-C6 hỗ trợ tập luyện và thích nghi trong ăn uống cho NB liệt nửa người sau ĐQN.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

32 NB ĐQN, liệt tay thuận, có chỉ định sử dụng bộ dụng cụ trợ giúp và thích nghi ăn uống CT1-C6, điều trị tại Khoa PHCN, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 02/2024-5/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: NB \geq 18 tuổi, liệt nửa người bên thuận; nghe hiểu tốt (MMSE 30 điểm); hình ảnh tổn thương não trên MRI/CT phù hợp với lâm sàng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB không tuân thủ quy trình điều trị; NB hoặc người chăm sóc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu, theo dõi dọc, so sánh trước sau.

- Bộ dụng cụ CT1-C6: gồm thìa, thìa, đĩa và cốc cải tiến so với nguyên bản sao cho phù hợp với tình trạng của NB. Thìa, đĩa cải tiến kích thước bộ phận

cán; thìa cải tiến giúp trợ mở bằng lò xo; tạo hình thành cốc để NB dễ sử dụng, dễ uống, tránh sặc.

- Đánh giá kết quả:

+ Đánh giá sự thay đổi khả năng vận động chi trên bên liệt bằng thang điểm ARAT (Action research arm test): từ 0-57 điểm.

+ Đánh giá khả năng độc lập các ADL bằng thang đo độc lập chức năng FIM (từ 6-42 điểm) với 6 mục chọn lọc tập trung chức năng chi trên, gồm ăn uống, vệ sinh cá nhân, tắm rửa, mặc nửa thân trên, mặc nửa thân dưới, đi vệ sinh. Mỗi mục chấm từ 1-7 điểm, tùy mức độ trợ giúp.

+ Đánh giá mức độ độc lập sinh hoạt tổng thể theo thang điểm Barthel: phụ thuộc hoàn toàn (0-45 điểm); chăm sóc 1 phần (50-80 điểm); độc lập (80-100 điểm).

+ Đánh giá mức độ hài lòng của NB và người chăm sóc theo thang điểm Likert 7: rất không hài lòng: 1 điểm; trung lập: 4 điểm; rất hài lòng: 7 điểm.

- Quy trình can thiệp:

+ Lượng giá NB: tất cả NB đều được lượng giá bằng thang điểm ARAT trước khi tư vấn lựa chọn dụng cụ phù hợp.

+ Đặt mục tiêu can thiệp: trên cơ sở kết quả lượng giá, kĩ thuật viên đặt mục tiêu cụ thể cho từng NB theo các nhóm điểm ARAT từ 0-15 điểm và ARAT \geq 16 điểm.

+ Tiến hành can thiệp: hướng dẫn NB từng bước tập luyện và sử dụng bộ dụng cụ (NB có ARAT từ 0-15 điểm được sử dụng tạm thời dụng cụ thích nghi với tay không thuận; NB có ARAT \geq 16 điểm được sử dụng bộ dụng cụ với tay liệt). Thời gian can thiệp cho NB mỗi tuần 5 ngày; mỗi ngày 1 lần trong 30 phút; can thiệp trực tiếp tại khu luyện tập dưới sự giám sát của kĩ thuật viên.

- Đạo đức: nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 chấp thuận. NB được giải thích đầy đủ về mục đích, quy trình, quyền lợi và đồng ý tham gia nghiên cứu. Dữ liệu thu thập được bảo mật và chỉ phục vụ mục tiêu nghiên cứu.

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng kiểm định Khi bình phương (X^2) để so sánh sự khác biệt giữa các tỉ lệ, kiểm định t-student và t-gép cặp để so sánh giá trị trung bình. Khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 cho thấy, tuổi trung bình của NB là 61,81 \pm 16,12 tuổi. Tỉ lệ NB là nam giới (65,6%) nhiều hơn so với nữ giới (34,4%), khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới tính

Đặc điểm		Kết quả	p
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$	61,81 ± 16,12	
Giới tính (n, %)	Nam	21 (65,6%)	0,11
	Nữ	11 (34,4%)	

Bảng 2. Đặc điểm NB nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng (n = 32)		Kết quả
Tổng thương	Nhồi máu não (n, %)	23 (71,9)
	Chảy máu não (n, %)	9 (28,1)
	p	0,02
Barthel ($\bar{X} \pm SD$ điểm)		39,06 ± 20,06
ARAT ($\bar{X} \pm SD$ điểm)		18,06 ± 17,25
FIM (6 mục tự chăm sóc) ($\bar{X} \pm SD$ điểm)		12,81 ± 8,25
Thời điểm can thiệp ($\bar{X} \pm SD$ ngày)		5,69 ± 3,73
Số lần can thiệp ($\bar{X} \pm SD$ lần)		6,86 ± 2,92

Tỉ lệ NB nhồi máu não cao hơn chảy máu não có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$. Điểm trung bình về khả năng vận động chi trên là $18,06 \pm 17,25$ điểm, về mức độ độc lập trong các ADL theo FIM là $12,81 \pm 8,25$ điểm và điểm Barthel là $39,06 \pm 20,06$ điểm. Thời điểm can thiệp trung bình vào ngày thứ $5,69 \pm 3,73$ sau khởi phát, số lần can thiệp trung bình là $6,86 \pm 2,92$ lần.

Bảng 3. Nhu cầu sử dụng bộ dụng cụ CT1-C6

Dụng cụ	Số NB (n = 32)	Tỉ lệ (%)
Đũa	29	90,62
Thìa	17	53,13
Dĩa	7	21,87
Cốc	1	3,12

Hay gặp nhất là NB có nhu cầu sử dụng đũa (90,62%), tiếp đến là thìa (53,13%), đĩa (21,87%); ít gặp nhất là nhu cầu sử dụng cốc (3,12%).

Bảng 4. Sự cải thiện về mức độ độc lập tổng thể sau can thiệp ở NB

Mức độ chăm sóc	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	Số NB	Tỉ lệ (%)	Số NB	Tỉ lệ (%)
Phụ thuộc hoàn toàn	22	68,75	3	9,37
Chăm sóc một phần	9	28,13	21	65,63
Độc lập	1	3,12	8	25,0
Tổng	32	100	32	100
p	< 0,001			

Tỉ lệ NB có thể chăm sóc độc lập tăng từ 3,12% lên 25,0%, chăm sóc hỗ trợ một phần tăng từ 28,13% lên 65,63% và phụ thuộc hoàn toàn giảm từ 68,75% xuống còn 9,37%. Khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

Bảng 5. Sự cải thiện điểm khả năng vận động chi trên và và độc lập sau can thiệp

Điểm chức năng	ARAT ($\bar{X} \pm SD$)	Barthel ($\bar{X} \pm SD$)	FIM ($\bar{X} \pm SD$)
Trước can thiệp	18,06 ± 17,25	39,06 ± 20,06	12,81 ± 8,25
Sau can thiệp	27,81 ± 22,09	70,78 ± 18,41	29,34 ± 6,81
Điểm tăng	9,16 ± 3,51	31,72 ± 15,22	16,53 ± 6,01
p	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Điểm khả năng vận động chi trên ARAT và điểm đánh giá mức độ độc lập ADL (FIM-6 mục tự chăm sóc, Barthel) đều tăng có ý nghĩa sau can thiệp, với $p < 0,05$.

Bảng 6. Sự cải thiện về mức độ độc lập các ADL theo FIM (6 mục tự chăm sóc)

Hoạt động Người chăm sóc	Trước sử dụng		Sau sử dụng		p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
Ăn uống	1,97	1,35	5,91	0,73	0,017
Vệ sinh cá nhân	2,47	1,7	4,75	1,52	0,001
Tắm rửa	1,81	1,42	3,91	1,61	0,000
Mặc nửa thân trên	2,19	1,55	5,16	1,27	0,006
Mặc nửa thân dưới	2,16	1,63	4,84	1,44	0,002
Đi vệ sinh	2,22	1,47	4,78	1,52	0,000

Mức độ độc lập trong mỗi hoạt động của NB sau can thiệp tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp ($p < 0,05$). NB từ tình trạng ăn phụ thuộc gần hoàn toàn (FIM = 1,97 điểm) lên mức độ cần giám sát (FIM = 5,91 điểm); sử dụng tay trong các hoạt động chăm sóc khác từ hỗ trợ hoàn toàn, hỗ trợ nhiều (FIM từ 1-2 điểm) lên mức độ hỗ trợ vừa đến tối thiểu và giám sát không cần trợ giúp tay (FIM từ 3-5 điểm).

Tất cả NB sử dụng các dụng cụ cải tiến hỗ trợ ăn uống đều hài lòng khi sử dụng, với điểm trung bình giữ mức rất hài lòng (bảng 7).

Điểm hài lòng của NB và người chăm sóc khi sử dụng bộ dụng cụ trung bình 6,9 điểm, tiệm cận với 7, cho thấy mức độ đồng thuận cao (bảng 8).

Bảng 7. Mức độ hài lòng của NB khi sử dụng các dụng cụ cải tiến

Tiêu chí và đánh giá		Mức độ hài lòng (điểm)			
		Nhỏ nhất	Lớn nhất	\bar{X}	SD
Đũa cải tiến	Đũa cải tiến giúp gấp được tất cả các loại thức ăn khi tay chưa sử dụng được đũa bình thường sau thời gian để tập luyện và làm quen	6	7	6,68	0,47
	Độ rộng của đũa hợp lí, lực của kẹp vừa phải, dễ dàng gấp được nhiều loại thức ăn với kích thước khác nhau	6	7	6,68	0,47
	Đũa được cố định bằng dây nhựa và kẹp nhựa nên việc vệ sinh dễ dàng, cảm quan thấy có độ bền cao, hình thức đẹp	6	7	6,79	0,41
Thìa cải tiến	Thìa cải tiến giúp tôi xúc ăn/tập xúc ăn dễ dàng hơn các loại thìa thông thường do phần cán to, chắc chắn, độ sâu lòng thìa phù hợp	6	7	6,82	0,39
	Thìa cải tiến có giá thành rẻ, hợp lí, cảm quan thấy có độ bền cao, hình thức đẹp, ngoài ra vấn đề vệ sinh cũng không phức tạp	5	7	6,76	0,56
Dĩa cải tiến	Dĩa cải tiến giúp tôi xiên thức ăn, hoa quả dễ dàng hơn các loại dĩa khác do phần cán to, chắc chắn; vấn đề vệ sinh cũng không phức tạp	6	7	6,71	0,49
	Dĩa cải tiến có giá hợp lí, cảm quan thấy độ bền cao, hình thức đẹp	6	7	6,71	0,49

Bảng 8. Mức độ hài lòng chung của NB và người chăm sóc

Đối tượng đánh giá	Mức độ hài lòng (điểm)			
	Nhỏ nhất	Lớn nhất	\bar{X}	SD
NB: tôi cảm thấy tự tin hơn, vui hơn khi không còn phải phụ thuộc vấn đề ăn uống; giảm đi sự phụ thuộc khiến tôi nhẹ lòng hơn	6	7	6,91	0,29
Người chăm sóc: tôi thấy mừng vì NB có thể tự ăn, đó là sự tiến triển đáng ghi nhận, khiến tôi giảm áp lực, có thời gian nghỉ ngơi	6	7	6,97	0,18

4. BÀN LUẬN

32 NB liệt tay thuận trong nghiên cứu có mức độ liệt trung bình với ARAT = 18,06 ± 17,25 điểm. Với mức độ liệt này, tay bên liệt đã bắt đầu có chức năng và có thể thực hiện một số hoạt động tự chăm sóc nếu có hỗ trợ phù hợp. Nghiên cứu cho thấy có đến 68,75% NB phụ thuộc hoàn toàn vào người chăm sóc, 28,3% NB cần hỗ trợ chăm sóc một phần các ADL cơ bản.

Việc độc lập sớm trong các ADL cơ bản có ý nghĩa rất quan trọng đối với NB sau ĐQN ngay từ giai đoạn sớm. Điều này ảnh hưởng tốt đến kết quả PHCN và tâm lí, tác động đến biến chứng, tiên lượng lâu dài ở NB. Tập luyện ADL sớm (nhất là với chức năng bàn tay, thực hiện các động tác phục vụ ăn uống, vệ sinh cá nhân, mặc quần áo) được xem là mục tiêu can thiệp quan trọng ngay trong 1-2 tuần đầu sau ĐQN. Trọng tâm của PHCN hiện đại không chỉ cần tăng sức cơ hay tập vận động đơn lẻ, mà còn khôi phục khả năng sử dụng tay trong sinh hoạt cá nhân. Tập các động tác có mục đích và liên quan đến hoạt động hằng ngày sẽ hiệu quả hơn tập vận động rời rạc. Bài tập cần lặp lại nhiều lần và cường độ cao để tái tổ chức đường dẫn truyền thần kinh và khuyến khích sử dụng tay liệt nhiều nhất có thể. Cùng với đó, việc sử dụng dụng cụ trợ giúp sớm, phù hợp với tình trạng, điều kiện NB cũng được khuyến nghị rộng rãi.

Tuy nhiên, liệt bàn tay ở NB sau ĐQN không đơn thuần là yếu cơ mà còn liên quan đến rối loạn vận động tinh, tăng trương lực cơ gấp, rối loạn cảm giác, vận động theo mẫu và phối hợp động tác. NB rất khó duỗi các ngón tay và cổ tay, khó phối hợp cổ tay - ngón tay... khi thực hiện hoạt động ăn, uống. Những khó khăn đó dẫn đến xu hướng không sử dụng tay liệt, làm chậm cơ hội phục hồi của NB.

Bộ dụng cụ CT1-C6 được cải tiến để hỗ trợ, tạo thuận cho các hoạt động của chi trên, giúp NB có thể dễ dàng sử dụng như một dụng cụ tập luyện chức năng có mục đích. Chúng tôi thấy nhu cầu sử dụng của NB với từng loại dụng cụ là khác nhau (như cầu với đũa chiếm 90,62%; với thìa 53,13%; với đĩa 21,87% và với cốc là 3,2%). Sự khác nhau này chịu ảnh hưởng rất lớn từ văn hóa của người Việt và nhận thức của NB, người nhà NB đối với vai trò, ý nghĩa mỗi dụng cụ. Người Việt thường sử dụng đũa, thìa trong bữa ăn, hầu như không sử dụng đĩa. Tuy nhiên, đĩa vẫn được chúng tôi đưa vào bộ dụng cụ nhằm phục vụ những NB có chức năng chi trên còn kém, khó kiểm soát cử động ngửa và duỗi cổ tay trong động tác đưa thức ăn lên miệng. Khi đã quen với việc kiểm soát cử động của cẳng tay và cổ tay, NB sẽ chuyển sang sử dụng thìa. Cả đĩa và thìa đều thiết kế cán có độ lớn theo khả năng vận động bàn tay của NB. Sử dụng đũa là một vận động rất khó đối với NB liệt tay

thuận, nên đôi đũa cải tiến có bộ phận hỗ trợ mở dạng lò xo, giúp NB sử dụng dễ hơn với tay liệt (hoặc tay không thuận khi tay liệt tổn thương hoàn toàn); đồng thời, tập khỏe cơ nội tại bàn tay. Cốc cải tiến được khoét bỏ một phần vùng miệng cốc để NB không phải ngửa cổ khi uống nước, hạn chế tình trạng sặc khi có liệt cơ vùng hầu họng, nhất là ở người già ĐQN và những NB có kèm rối loạn nuốt.

Dụng cụ thích nghi là công cụ thiết kế theo nhu cầu con người, nhằm mang lại sự độc lập trong ADL [3]. Chúng tôi sử dụng bộ dụng cụ CT1-C6 với mục đích tập luyện sớm (nhằm gia tăng sức mạnh và độ khéo léo cho tay) và tạo thuận lợi trong hoạt động ăn, uống, gia tăng tính chủ động của NB vào các ADL, thúc đẩy sự phục hồi của NB phù hợp với nhu cầu sinh lý, giảm bớt sự mệt mỏi, căng thẳng cho NB và người chăm sóc. Từ đó, biến quá trình tập luyện trở nên tự nhiên và là nhu cầu cần thiết hàng ngày của NB.

Với liệu trình can thiệp mỗi ngày 1 lần, mỗi lần 30 phút và 5 ngày mỗi tuần dưới sự giám sát trực tiếp của kĩ thuật viên, chúng tôi còn khuyến khích NB sử dụng bộ dụng cụ vào các bữa ăn hằng ngày. Kết quả nghiên cứu thấy tỉ lệ NB cần chăm sóc hoàn toàn giảm từ 68,75% trước can thiệp xuống còn 9,37% sau can thiệp; mức độ độc lập từ 3,12% trước can thiệp tăng lên 25,0% sau can thiệp và 65,63% NB chỉ cần chăm sóc một phần. Điểm vận động chức năng chi trên ARAT và độc lập chức năng ADL (FIM - 6 mục lựa chọn) đều tăng có ý nghĩa, lần lượt là 9,16 và 16,53 điểm.

Kết quả cho thấy sự cải thiện vận động chức năng của tay (ARAT) đưa đến cải thiện chức năng ADL. Như vậy, can thiệp hoạt động trị liệu kết hợp thực hành ADL thực tế có hiệu quả đối với chức năng chi trên. Việc sử dụng dụng cụ thích nghi trong ăn uống tạo điều kiện cho NB tự ăn các bữa ăn, gia tăng sự hài lòng của NB với các hoạt động. Thời gian thực hiện các hoạt động giảm đi đáng kể, số lượng các bữa ăn tăng lên, sự hài lòng của NB khi thực hiện các vận động tốt hơn [4, 6]. 100% NB và người chăm sóc hài lòng với việc sử dụng dụng cụ trợ giúp thích nghi, Likert 7 từ 6-7 điểm. NB hài lòng với sự cải tiến của thìa, đĩa và đũa; thấy tự tin, vui vẻ hơn khi không phải phụ thuộc vào người khác. Tương tự như NB, người chăm sóc cũng có tâm lí tích cực, vui mừng hơn khi NB có thể tự ăn uống; đỡ áp lực hơn khi không phải làm hộ mọi việc, có thời gian nghỉ ngơi hoặc làm công việc khác.

Về thời điểm can thiệp, hoạt động trị liệu sớm: trung bình 5,69 ngày sau ĐQN, sớm nhất là ngày thứ 2. Những trường hợp chức năng vận động giảm nặng (ARAT 0-15 điểm) được hướng dẫn sử dụng tạm thời dụng cụ thích nghi với tay không thuận, khuyến khích NB tay liệt có hoạt động chức năng nhất định

(ARAT \geq 16 điểm) sử dụng bộ dụng cụ với tay liệt. Các quan điểm hiện nay đều hướng đến việc can thiệp sớm nhất có thể, chấp nhận việc NB có thể chỉ sử dụng dụng cụ trong một thời gian ngắn nhưng lợi ích đạt được sẽ cao hơn [3], NB có tâm lí tốt hơn, tự tin hơn. Mặt khác, tập sử dụng sớm tay liệt, lặp đi lặp lại nhiều lần sẽ kích thích tính mềm dẻo thần kinh [5], đồng thời, NB không phải lãng phí thêm một khoảng thời gian để học lại động tác sau một thời gian dài không sử dụng, do đó, thúc đẩy quá trình phục hồi của NB sau ĐQN.

5. KẾT LUẬN

Sử dụng sớm bộ dụng cụ hỗ trợ tập luyện và thích nghi trong ăn uống CT1-C6 cho người bệnh sau đột quỵ não liệt nửa người bên thuận đã giúp người bệnh gia tăng sự độc lập trong sinh hoạt hàng ngày, tăng sự tự tin và hài lòng của người bệnh, người chăm sóc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Hoàng Nghĩa, Cao Minh Châu, Lã Ngọc Quang, "Nhu cầu chăm sóc PHCN và một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày NB ĐQN khi xuất viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2020, *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108, 16 (1). <https://doi.org/10.52389/ydls.v16i1.704>, 2021.
2. Kwakkel G, Kollen B.J, van der Grond J, Prevo A.J, "Probability of regaining dexterity in the flaccid upper limb: impact of severity of paresis and time since onset in acute stroke" *Stroke*, 34 (9): pp. 2181-6, 2003.
3. Van Ommeren A.L, Smulders L.C, Prange-Lasonder G.B et al., "Assistive Technology for the Upper Extremities After Stroke: Systematic Review of Users' needs" *JMIR Rehabil Assist Technol*, 5 (2): e10510, doi: 10.2196/10510. PMID: 30497993; PMCID: PMC6293243, 2018.
4. Farzana Ashfaq, Nabila Soomro, Zubia Saleem et al., "Efficacy of Adaptive Devices for Improving ADL's and Quality of Life in Patients with Multiple Conditions", *International Journal of Research and Innovation in Social Science (IJRISS)*; III (XI): 405-408, 2019.
5. Nelles G, Jentzen W, Jueptner M, et al., "Arm training induced brain plasticity in stroke studied with serial positron emission tomography", *Neuroimage*, 13 (6): pp. 1146-54. doi:10.1006/nimg.2001.0757. PMID:11352620, 2001.
6. Kasprzyk P, Kruk P, "Improvement of eating activity by patients after ischemic stroke - use of adaptation in occupational therapy", *Medical Rehabilitation*; 24 (3): pp. 4-8. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.5064>, 2020. □