



中華 OT 電子季刊 聖誕專刊
The Chinese OT e-Newsletter



電子郵箱: hkiot@hkiot.org

網站: <http://www.hkiot.org/>

Merry
Christmas



刊首语

在苦苦等待兩年之後，終於等到由我來負責這一期《中華 OT 電子季刊》的組稿。在這之前的很長一段時間我都在考慮這一季的電子期刊如何設計才能做出我想要的呈現模樣。在海南“深居”多年，才意識到作為祖國的邊疆地區對於康復的發展是那麼積極和渴望，這一期稿件我們將把“話筒”交給他們，傾聽他們的故事。在過去的三年間，海南以比較迅速的姿態發展著它的康復，也給了很多地區的同道以信心。作為環境——任務——人群的協調者——我們康復人有樂觀，有自強不息的精神，且具備很好的整合能力，我相信無論走到哪里都會風景獨美。在我和一些身處康復發展還可期可待的地區同道一起聊天的時候，我總是和他們說“我們要有‘我們在哪里，我們就要成就哪里’的雄心壯志”，因為我們必須知道，康復與我們是工作是事業，與患者或許就是人生。就在那個時候，我決定我組稿的這一期我要邀請新疆、西藏、海南、內蒙、雲南、貴州、甘肅、青海、廣西、江西、黑龍江等地區同事多發聲，讓我們瞭解不同地區，多民族環境作業治療的開展情況。當然這一期電子季刊只是說是部分實現了我的願望，還有些地區的同事我還是沒有完全聯繫到，或許這也是我們作業治療人未來要將 OT 帶的更遠更廣的目標，未完成的願望後面的編者一定會為我實現。這一期我們邀請了複康會王維老師講訴他在青海做殘疾人服務專案的經歷，我想可以滿足一部分大家對青海殘疾人健康事業的瞭解的願望，瞭解 NGO 同事的辛勤工作。

目錄

一、行業新思

Peterson	4
Linda	10
王維	15

二、圓桌會議

主題一 “偏側忽略”

崔婷捷	18
田湑	27
朱昭錦	40
楊可欽	53

主題二 “團體治療”

徐睿	61
顧華麗	67
陸佳妮	76
吳乾利	83

三、創新見解

伊文超	90
朱琳	98
蔡素芳	106

四、遊學見聞

古月明	116
-----	-----

五、新書速遞

敖學恒	125
-----	-----



我也邀請了兩位香港的老師 Peterson 和 Linda 分別撰寫了作業治療師在四川私人開診的經歷和帶教內地學生的經驗，也讓我們有了新的感觸和思考。崔婷捷，田湑、朱昭錦、楊可欽幾位老師從不同視角分享了偏側忽略作業治療專題帶給我們我們具體詳盡的分享。

伊文超、朱琳、蔡素芳三位老師老師在卒中康復中作業治療在意識恢復，鏡像神經元理論應用，策略性 ADL 重塑做出了精彩的演繹，新的觀點理論方法，讓我們看到作業治療的不斷發展。徐睿，顧麗華，陸佳妮，吳乾利老師給我們帶來的 OT 團體治療的溫馨畫面讓我們大感人性光輝，也為我們的聖誕專刊帶來了濃濃的節日氛圍。古月明老師的臺灣訪學經歷也是顯示業界交流越來越多，相互促進成為聯手共行的主旋律。青年學者敖學恒的新書在老年作業治療給出了很多分類清晰方案具體的文本，展示了對即將進入老齡化中國作業治療師積極心態。

或許正如大家所知，我的職業生涯還在漂泊，每一次新的地方、環境都給我帶來不同的感受，也在實現著我不同的人生體驗和感悟。或許只有這樣蠢笨無知的我才能從迷茫中獲得更多的人生體會，慢慢地可以去理解生活的真正要義。我也堅信作業治療師需要有更多的故事才有可能明白生活即是最好的治療。人生沒有白走的路，每一步都算數。

在寫完這期期刊的組稿時的心情和稿件的簡介，還是捨不得收筆，就如同見到老友捨不得分離，總要羅羅嗦嗦的再說上兩句。讓我感謝所有賜稿專家，感謝本次電子期刊的文本編輯陳貞秋，感謝每一位讀者。祝福大家“耶誕節快樂”。

愛生活，愛 OT！

朱毅

Merry
Christmas



民營康復:專業與責任

徐慶士 註冊職業治療師 註冊臨床催眠治療師

➤ 專業之路

作業治療在中國的發展、最早的老大哥，也算是中國康復研究中心了。中心介定了作業治療的科室方向：「通過評定與康復治療使患者能夠在短時間內獲得最大限度的功能改善，提高日常生活活動（ADL），自理能力，實現回歸家庭，回歸社會。」（中國康復研究中心，www.crrc.com, 作業治療科，科室簡介）。維基百科也說明了作業治療，簡稱 OT，「是一種使用特定活動，從而協助，恢復身體或精神心理上各種疾病。它是一種透過有目的的活動來治療，協助及維持病者生理上、心理上的健康；或減輕及舒緩病者在發展障礙或社會功能上的障礙對他們的影響，使他們能獲得最大的生活獨立性。」（維基百科，作業治療，<http://zh.m.wikipedia.org/zh.ch/職能治療>）



自 1993 年畢業於澳大利亞悉尼大學作業治療專業後，便回到香港從事作業治療師的工作。從 1993 年到 2012 年的二十年間，從醫院的工作走到社區私人執業，代表著為回歸家庭及走進社區的病人服務。工作性質也由單一的專科康復訓練變成了多元化的服務。亦累積了第一線專科康復到社區患者需求的各種經驗。

專業的發展並不因為以上的轉變而停頓。從 2012 年到 2016 年，進入了香港理工大學，康復治療學系，開始了專業發展的第三階段，大學教育。在大學的工作中，有課堂的理論教學，也包括後期的臨床教學。亦由香港的課堂教學進而針對國內的本科生



及碩士生的臨床的教學。在臨床教學的經驗，更能體現傳授知識的里程，見證眾多學生的成長。

在專業發展的三個階段，更使我感到作業治療專業的重要性；一句對學生的訓言，使我尊敬這個專業的價值，“病人往後的人生，就在你們的手裏。”

離開香港理工大學後，適逢國內的朋友想開設民營的康復工作室，隨之便一拍即合，開設了在成都的康復工作室(現已把工商登記提升為註冊診所)。這發展也成了我餘生的路向。以下我將以四點來分享這兩年間，經營民營康復服務的體驗。四點為(一)機遇、(二)發展、(三)專業與責任和(四)後感。

➤ 機遇

從執業到教學，又從教學走向國內開設康復工作室，可算是一個機遇。

眼看中央政府從 1996 年「綜合醫院康復醫學科管理規範」中所指要「積極培養康



復專業人才，創建適合中國國情的康復醫療機構和發展社會康復等。」顯示中央政府對國內康復的需求和發展明確地指出了方向。

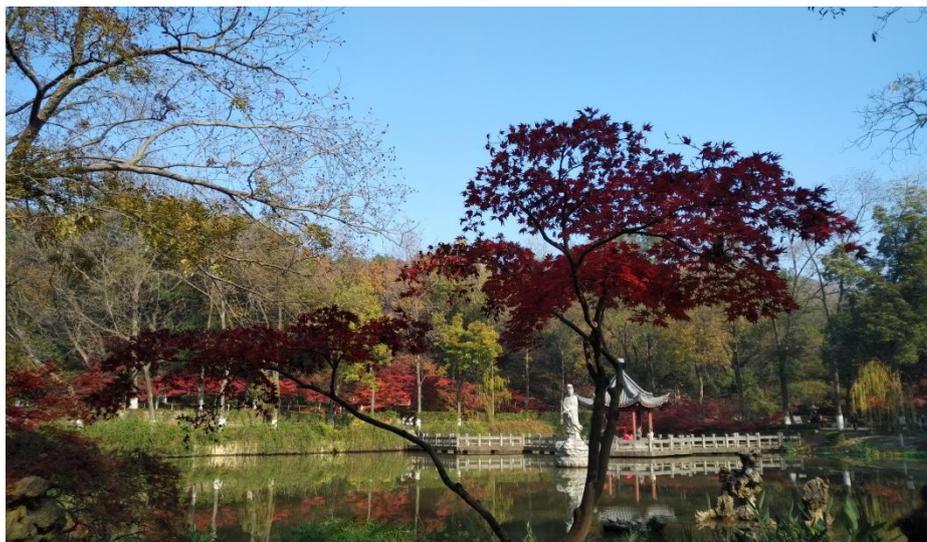
到十五計劃公佈，要點在於「全國康復行業及機構建設取得長足發展，二十餘省、自治區、直轄市先後成立康復服務機構，並通過實施康復服務與重點專案相結合的方式，擴大康復服務面。」十五計劃表明了中央政府要加重力度，清楚長足發展的需要。

再至十三五規劃，中央政府更直接地指出了「大力發展社會辦醫。鼓勵社會力量興辦



健康服務業」、、、、 「個體診所設置不受規劃佈局限制」、、、、 「放寬社會力量舉辦醫療

服務機構的服務領域要求，支持社會力量以多種形式參與健康服務」、、、、 「鼓勵社會力量發展兒科、精神科、老年科、長期護理、口腔保健、康復、安寧遼護等資源稀缺及滿足多無需求的服務。」民營醫療及康復服務得到了支持，以至由省政府到區政府都大力支持醫療產業的成立及發展。2017 及 2018 年，可見民間機構和外來投資於醫療產業上，大幅增加並急速發展。



民營服務因十三五規劃得到肯定與支持。適逢有著一同創業，一心提高康復水準的夥伴，一個康復工作室便創立了，位於成都溫江區。在此期間，正值區政府努力建設溫江成為醫學城，

一點點的輔助成為我們的動力，也確實讓我們這一個小小的團隊更用心地去辦好一個民營康復工作室。

➤ 發展

開辦一個康復工作室，從環境設置上並非難事。只要辦一個工商登記，租一個地方，辦好裝修、購買器材，加上聘請治療師便能開業。說的只是從外在條件上開業。但事情並非如以上那麼簡單。我們的康復專業是以病者為中心，使病者能獲得最大限度的功能改善，提高日常生活活動（ADL），自理能力，實現回歸家庭，回歸社會。這



一份專業責任，需要多個條件才能達到滿意。成立工作室要在專業上發揮完全，需要解決多個問題如下：

（一）有病者才有工作

病者來源是業務上的一個最大難題。在國內已經有很多互聯體制設立，這一情況一般只是醫院對醫院的互惠介面，或大醫院到小醫院的介面，未能做到醫院與工作室或小診所的對接。以致病者得不到不同地區區內康復工作室或康復診所的資訊，未能接觸到如我們高素質的康復工作室。只能靠病者與病者之間傳遞資訊，才能得到我們的治療。

醫院一方面未有明確途徑對病人提供轉介，也沒有給予任何資訊可讓病人或家人得知社區內，康復服務的提供。這種轉介的情況，很多時也因各種條件、規例、合作性質、互惠條件等等而遇上障礙。總而言之病人轉介有著大小問題，困難重重。

（二）治療師的成長

鑒於現代康復在中國的醫療體制內，也算是一個較新的領域。治療師包括作業治療師（OT）、物理治療師（PT）等在經驗上亦會較淺。所以要辦好一個康復工作室便要對治療師提供很多內部的培訓，使個人能力不斷提升，提高治療的素質，令病者得到一個好的治療。內部培訓會化上很多人力、物力及時間。

（三）領導的責任

作為康復業務的領導，亦要瞭解康復世界的進步，在理論、在技術上緊隨腳步，引進新知識、新技術、新設備（如經濟條件許可）；帶領團隊共同成長，能夠為病者提供最好的康復服務。

（四）臨床經驗



設立並開展一個臨床的康復服務，首先要考慮是否有足夠能力去處理各式各樣的病情。門診服務會遇上不同的專科及不同病者的要求，臨床經驗便是一個重要環節。縱使有二十多年的執業經驗，也不能說任何病種病患都能處無懈可擊，但也算得上稱職，能帶領我的團隊提供優質服務。開設康復專業服務，大家要捫心自問有沒有足夠的專業水準、專業知識、專業技術承擔起這一份為病者服務的專業工作。不要事事從賺錢著想，要對得起病人，對得起良心。

（五）收費

因康復治療在醫保中只能報銷很少部分，目前在我診所中的病者基本上是以自費專案形式付費。這增加了營運上的困難。病者來源較少，再加上未能有醫保來輔助，確實令一小部分病者止步。由此再令病者來源減少。

➤ 專業與責任

開設一個康復工作室只是為了賺錢嗎？當然這是一個現實的問題，每個人都是要生活；我、合夥人及治療師們都要生活在這社會當中，離不開金錢。但若想在康復賺大錢的，便不要妄想了，只會得不償失。作為一個康復專業人士，前提是做好我們的工作，堅守我們的責任。就如我在前部分所說：“病者往後的人生，就在你們手裏。”我們有著一個重要的使命、重要的責任，使我們的病者得到最適合的治療，改善病況，改善生活。

專業一詞來自法語，指的是需要特別的教育和訓練才能從事的職業。在歐洲中世紀及近代，神職、醫學和法律為最主要的三項專業。到 19 世紀，專業這詞進入英語世界，並傳至全世界。我們從事的康復專業，要有著一份責任，為我們的病者，提供適合的治療服務。從責任文化研究專家唐淵在《責任決定一切》（清華大學出版社）的闡述，責任是一個完整的體系，包括以下五個基本內涵：

Merry
Christmas



責任意識，是“想幹事”
責任能力，是“能幹事”
責任行為，是“真幹事”
責任制度，是“可幹事”
責任成果，是“幹成事”。
幹實事，負責任，努力學習，
盡心工作，對病者提供最好的
治療都應該是每一位專業
治療師的座右銘。



➤ 後感

開設康復工作室，轉眼已兩年了，治療師亦由五人增至十九人，有三個工作點。康復工作室的工商登記也因服務的提升而轉變為診所，受到醫療行為定性的規管。部分治療師也逐漸成長擔當上部分店的管理的責任。但最開心的還是見到我們的病者日漸好轉，能力及生活得到改善，這是最大的滿足。當然有部分病者還未達到預期成果，這有著各種原因，最不願見的就是病者因沒有錢而停止治療只能回家去這境況。心裏總有點不忍，奈何經濟情況，也只能接受。

在今天的中國民營康復的發展，有很大的空間及潛力。凡有心志，有專業能力，有責任的同業，都歡迎加入到民營康復的隊伍中來。為廣大病者服務，造福病者，造福社區。

Merry
Christmas



參考：

1. 中國康復研究中心, <http://www.crrc.com>, 作業治療科, 科室簡介
2. 維基百科, 作業治療, <http://zh.m.wikipedia.org/zh.ch/職能治療>
3. 綜合醫院康復醫學科管理規範, 中華人民共和國衛生部發佈(1996)發佈第 13 號通知
4. 中華人民共和國國民經濟和社會發展第十個五年計劃
5. 中華人民共和國國民經濟和社會發展第十三個五年規劃
6. 唐淵(2010), 責任決定一切, 清華大學出版社 (ISBN 978-7-302-2

我在中國臨床帶教的經驗

王麗雯 (Linda), 香港註冊職業治療師

2014 年, 在理工大學的方乃權教授邀請下, 我到了中國協理工大學 MOT (China) 做了幾年的臨床帶教導師。時間匆匆過去, 最近遇到之前 MOT 帶教過的同學, 他們畢業後回到工作單位也已經當上年青的帶教老師, 談及他們會用上實習時候學到的教導策略, 教育比他們更年青的治療師。除了覺得同學們能學以致用, 還深深體會到作業治療在中國的發展更趨成熟, 更有系統。也確認有系統的教育下一代的治療師, 薪火相傳是非常重要的。



所見所聞



記得最初去到中國帶教的時候, 發現很多院校的康復治療師去到臨床實習的一年, 最重要的工作是協助治療師處理個案。聽很多同學的回饋, 學習視乎治療師有沒有時



間，未必能夠有系統的教導。在我臨床帶教過的醫院內，治療師有他們自己的工作量需求，他們的工資也跟他們處理個案數目有關係。要他們分身去帶學生也是非常不容易的事情。很多院校並未有資助設立臨床導師，也沒有就教導學生的內容及方式有所規範。隨著更多院校有正式的作業治療訓練，在他們申請得世界作業治療師聯盟(WFOT)認證時除了學術課程外，臨床訓練要求也更嚴格。幾年下來，我開始見到更有規範的臨床訓練。

在制定患者的治療計畫時，發現同學通常在短期目標，如何改進患者現有功能上得心應手，但在作長期目標的制定時會有些困難。在指導學生為患者作出院、回到家居及社區的準備時，意識到原來醫院內的治療是沒有家訪這專案的；所以我們都靠訪談、拍視頻或照片、在院內作各種模擬訓練去解決問題。但在實際環境中患者的表現可能表現不一樣，治療師不在現場去觀察及分析，比較難作出建議，更不能在實際環境去訓練或改進患者的能力或試用不同的輔具。隨著大家加強對重建生活為本及社區康復的認識，我見到更多治療師帶領病人作參與社區的訓練活動，也可說是我們預備患者回歸家庭及社區的其中一步。今年中國的作業治療師在宣傳作業治療時，用「助你回家」的概念，使患者更清晰明白作業治療。也提醒作業治療師在跟患者商討遠期目標時，不能只關注改進患者現有功能，而是要朝著日後回家、回社區的身，心功能及參與度作訓練。

當然，我帶的MOT同學，大都是有工作經驗的治療師，他們在處理不同的個案時通常不需要太多的指導。因為同學都有不同的經驗，在互相學習及討論期間，不單是同學，我也覺得都很有得著。我們討論題目很廣泛，除了基礎作業治療技術及知識，還包括如何向病人宣教，如何制定出院指導，如何發展作業治療…。在探討如何在治



療當中使用行為糾正、心理輔導的同時，也探討如何在親子關係中發揮這些概念。有同學是中醫背景的，我們也談到如何將一些中醫養生的概念融合到生活重整的訓練上。令我充分感覺到教學雙長的道理。



帶教經驗分享



我曾經在香港及加拿大教導過不同級別的作業治療學生，也曾在香港教導過澳大利亞大學的作業治療學生；大學對臨床導師的教導及評價模式都有自己的一套系統，但內容是很類近。訓練有素質新一代的治療師對我來說很重要的任務。我經常對我的學生說：「我以後需要康復要靠你們，所以要把你們的專業知識和技術提升，我將會是一個對 OT 很有要求的病人」



臨床訓練目的



臨床訓練主要目的是培養學生的專業知識，技能和態度；發展他們臨床推理、解決問題和臨床實踐的能力；使他們能夠成為一位獨立、自主的治療師。



帶教模式



在香港帶教的模式可以由一位治療師一對一的帶教，也有由一位專責臨床導師帶 4-6 同學。學生個案的管理、個案討論、臨床問題會有這位全職臨床導師負責。我在中國帶教時也是沿用香港的模式，由理工大學安排我負責帶 5-6 位同學，再請醫院的治療師分配不同個案給予學生，學生除了要負責個案管理，還需學習與各位治療師溝通及交代個案的進度。



臨床導師的責任



臨床導師要建設有利的學習環境，指導學生如何作臨床實踐，提供適當的支持，適時的回饋及公正的評核等方面去協助學生在臨床實習中得到最大的成效。

臨床導師需要作好適當的準備去建立一個有利的學習環境，包括準備時間表及教程，介紹工作環境及實習的安排，還要清晰表達對學生的要求及期望。很多國外的大學要求學生就每一次的實習制定明確及可操作的學習目標，並與臨床導師簽定培訓的時間表以協助學生完成實習的目標。導師跟學生通過這些溝通令互相明白各自的期望，這會是實習期的好開始。導師也應該考慮學生過去的臨床經驗並安排需要的機會及個案，以協助學習。實習期間，鼓勵發問及創意思考都能輔助學習。

如何整合學術和臨床實習，如何有效地將在學苑所學的技能發揮到臨床應用上，如何做臨床推理去制訂治療計畫；通常是學生感覺最困難的。導師通過實際示範、手把手教導、個案討論、互相提問，引導同學加強技能的應用及對個案管理的概念。

導師除了安排各種學習機會給學生，也需細心觀察同學於實習時表現，提供適當的支持及適時的回饋。除了對專業技能外，導師也應對同學專業行為的表現，與人溝通技巧等作出提點。對同學在作出回饋時，要以尊重和積極的態度作適時提示。也應鼓勵同學自我評估，提高同學對自身的實力和弱點的認識，鼓勵並提高同學的動力去作出改善。

評核同學的表現時一定要公平公正，適當贊許好的表現，對同學的弱點加以提示並提供積極建議。為了加強同學自我評估，我通常會請同學先作自我評核，然後再一起討論評核結果。為了公平公正，國外很多大學都制訂了清晰的評核指引，還製作視



頻去教導各位臨床導師如何去評分。

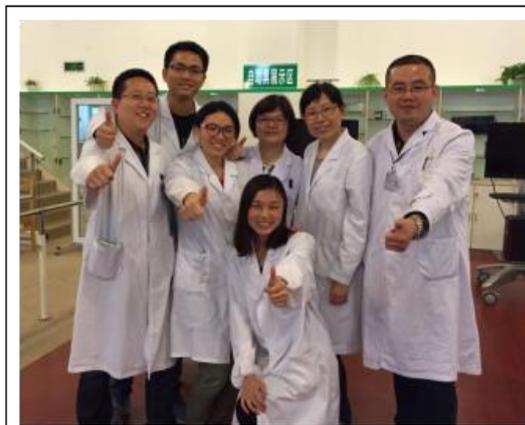


對臨床導師的支援



不是每一位有經驗的作業治療師就能馬上投入作為一個臨床導師，學院有責任就臨床導師的培訓作出貢獻。以我的經驗，香港理工大學與及國外的大學都很有系統的設計及安排臨床實習。他們會對臨床導師提供培訓及支持。在加拿大及澳大利亞，他們建立了網上學習平臺，提供教育支持與臨床導師；還有專職協調的老師去協調所有臨床實習。現時中國有作業治療專科的大學，已經建立更有系統的臨床實習。希望有更多提供康復治療師訓練的學院跟進；也許各大學可一同創建網上學習平臺，提供資源共用令各地有經驗的治療師能加強對臨床訓練的要求、現代教育模式及學習方法等知識。

我很高興在中國有機會協助培訓有責任感，積極學習，努力實踐專業技能的作業治療師。也



在成都八一康復中心帶教



在廣東工傷康復醫院帶教

有幸在這期間認識很多對複康有熱誠的治療師。眼見現在康復服務在中國的進展速度特快，也有更多的院校開設作業治療專科，希望大家在臨床訓練這方面也加強推動，建立更有規範的訓練去培育下一代。

聖誕及新年很快就到了，在此恭祝大家節日快樂，工作順利！



康復播種，高原築夢

——記青海省社區康復能力建設專案

王維（香港復康會）

“我們的教室有牛羊，
我們的心中有陽光，
我們的歌唱，帶著雄鷹翱翔，
我們的嚮往，裝進可愛你們的行囊，
我們的浪漫，就是你們所說的詩歌和
遠方……”



這是在青海玉樹開展康復培訓的一幕場景。

我們曾經想，如果一個縣的康復人員的能力強大，提供優質的康復服務，那麼這個縣幾十萬人的康復都能得到保障，有需求的患者或殘疾人再也不用長途跋涉到省會城市的三家醫院尋求康復服務。帶著這樣樸素的初衷，香港復康會聯合青海省康復醫學會和青海省殘疾人聯合會合作，在青海省的互助縣、海晏縣、民和縣和玉樹市開展了“青海省社區康復能力建設專案”，目的在於培訓縣級康復相關人員，提升他們康復服務的能力，從而讓整個縣有康復需求的患者或殘疾人過上更有意義的生活。

在縣裏，和康復相關的人員包括醫院康復科、殘聯康復中心的專業人員，還包括殘聯的殘疾人協調員和專職委員。我們通過培訓他們，讓患者從住院康復到出院後銜接到殘聯服務網絡的整個流程，都能得到全面、專業的康復服務。

當我們第一次接觸縣級醫院和康復中心的時候，發現康復科的人員匱乏，基礎薄



弱，大多開展中醫或藏醫傳統治療，還沒有現代康復的理念和技術，但是他們有著極大的工作和學習的熱情。我們通過現場教學的形式，不斷邀請國內和青海本地康復專家到縣級醫院和康復中心進行現場培訓。和縣級康復機構的人員一起處理病患，在實際工作環境中手把手地進行康復指導。除了提升康復科專業人員的能力，我們還積極推動康復科和醫院相關科室的聯繫，通過全院專家講座、專家帶著康復科人員到其他科室查房的方式，不斷宣傳康復，建立科室間的聯繫，從而讓其他科室有康復需求的患者儘早地獲得專業康復服務。此外，每次現場教學都會有省級醫院的專業人員參加，增加了省級醫院和縣級醫院的溝通與聯繫，為省級專業人員持續支持縣級醫院搭建橋樑。



當我們第一次接觸縣殘聯協調員和專職委員的時候，他們告訴我們，“老師，我們經常走訪殘疾人家庭，但是每次去只能帶一些米麵，提一些油給他們。我們想幫助他們更多，但是我們真的不會。”我們通過培訓，教會他們如何做家訪，如何給殘疾人做簡單的家庭康復指導，如何給殘疾人進行家庭環境改造，如何在社區做殘疾人小組活動等等。由於殘聯協調員和專職委員沒有專業背景，我們在集中培訓時，多運用實際案例進行教學。在培訓前，走訪他們工作的社區，選擇他們工作的案例用於教學，確保教學內容他們能用得上。除了集中培訓，我們還請社區康復專家帶著學員走訪殘疾人家庭，讓他們觀摩專家如何處理殘疾人的問題。不斷走訪中，沒有專業背景的協調員和專職委員也逐漸學到了社區康



康復的方法。

專案從 2016 年 12 月開始，已有兩年時間。當我們看到縣級醫院同事們，能夠給患者進行專業的康復評估和治療的時候；當殘聯的工作人員告訴我們，“我們花費很少的錢（給殘疾人做家庭環境改造），卻給殘疾人的生活帶來很大的轉變”的時候；當殘聯的人員發現有康復需求的殘疾人後將其轉介到醫院康復科的時候；當醫院康復



科的同事們告知患者出院後可以聯繫殘聯某某協調員的時候；我們覺得這兩年的時間沒有浪費。

康復播種，高原築夢。我們期待，播下的康復種子，開出的花朵能覆蓋整片草原；我們康復的夢想，能夠走到祖國的每一個角落，生活在基層社區的殘疾人都能過上有意義的生活。



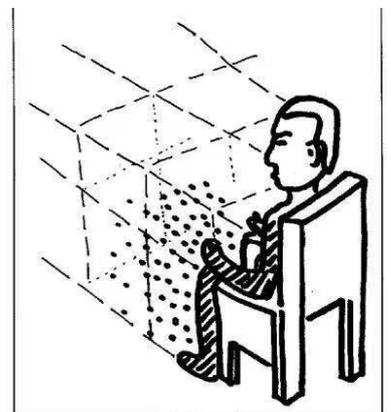
單側空間忽略的作業評估

崔婷捷 中日醫院康復醫學科

單側空間忽略 (Unilateral spatial Neglect, USN) 是在感覺和運動功能正常的情況下腦損傷患者對病灶對側的刺激失去反應或定位，是卒中後功能轉歸不良的重要獨立預測因素。有研究顯示，約85%的卒中患者至少一項檢查表現出單側忽略症狀，中重度行為單側忽略的發生率為36%。單側忽略是一種特殊的視覺注意障礙，不是某一單純的症狀，而是一組綜合征，表現在視覺、聽覺、軀體感覺、空間覺等方面的障礙，採用靈敏可靠的評估方法及時發現忽略和予以康復治療，對患者功能的恢復有重要的意義。

1. 單側忽略的分類

單側忽略的評估和忽略的類型密切相關。忽略按照表現形式的不同，可分為感覺性（注意性）和運動性（意向性）忽略。感覺性忽略指不能意識到腦損傷對側身體或空間的感覺刺激，根據感覺的呈現方式又可分為視空覺忽略、聽覺忽略、觸覺忽略；運動性忽略是指雖然能意識到刺激但不能產生相應的運動，表現為運動幅度減小，運動啟動延遲或執行運動緩慢。根據忽略的分佈，可分為個體性（軀體性）、個體周圍性（可及空間性）和個體外性（空間性）。個體忽略指對受損半球對側的身體不能覺察，個體周圍性忽略指忽略行為發生在患者可觸及的空間範圍，個體外性指忽略行為發生在離患者較遠的空間（如圖一）



圖一



偏側空間忽略可以表現為不同參考框架下,根據空間協調的分類, 有的患者表現為對位於其軀體中線一側空間的事物不注意, 即自我為中心的忽略; 有的患者則表現為對視野中位於每個事物的中線一側部分產生了忽略, 即非自我為中心的忽略。有研究者發現右側半球腦卒中後自我為中心的左側空間忽略最常見, 單純的非自我為中心的忽略較少見, 但是近一半的患者同時存在自我為中心的忽略與非自我為中心的忽略。

卒中後不同時期忽略亞型會有所改變。Hamilton 等通過研究發現, 在相隔 1 周的 3 個時間點內, 85.7% 的卒中患者至少改變了 1 次單側忽略亞型。明確單側忽略類型非常必要, 因為對於不同的單側忽略類型, 尤其是有兩種以上單側忽略類型的患者, 設計和採用更加有針對性的康復治療方法可能會更有效。

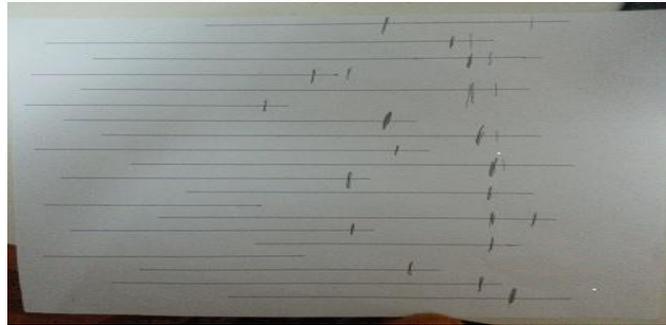
2 評價方法

2.1 桌上測試

“桌上測試”反映了個體周圍二維平面空間的視空間忽略, 不被用於個體空間遠空間二三維平面及個體周圍三維平面忽略的測試。“桌上測試”測試結果與日常生活活動的相關性尚不明確, 且單一測試的敏感性不高, 通常採取成套的方法。

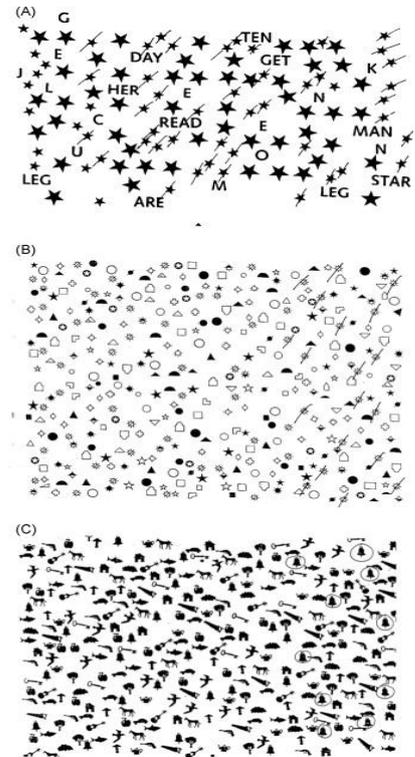
2.1.1 線段平分和線段劃消測試:

線段平分測試: 要求患者在等距分佈直線的 A4 紙上找到直線中點並作標記。測量患者所做標記偏離實際中點的距離, 用 R 表示, 如果偏向右側, R 為正值, 偏向左側, R 為負值。直線的長度用 L 表示, 偏側忽略的嚴重程度用公式 $100\% \times R / (L / 2)$ 表示, 當該數值 > 12% 時即認為存在忽略。(如圖二, 淺色標記為患者初次自己完成, 深色標記為患者經治療師語言提示“向左看”後完成。)



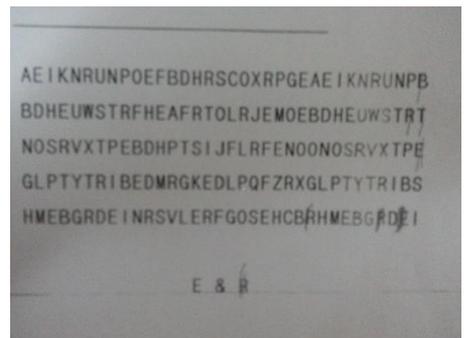
圖二

線段劃消測試：在A4紙上散在各種方向的黑色線段（長15~20 mm，寬1 mm），要求患者在看到的線段上做標記。患者的偏側忽略程度可以用未做出標記的線段數量占線段總數的百分比（嚴重指數）表示，也就是 $(30 - R - L) / 30$ 。R表示在紙的右半側劃掉的線段的總數，L表示在紙的左半側劃掉的線段的總數。為了評定未做出標記的線段的偏側性，用公式 $(R - L) / (R + L)$ 計算偏側指數，最終的計算值為嚴重指數 \times 偏側指數。為了便於比較，用公式 $10 \times [(30 - R - L) / 30] \times [(R - L) / (R + L)]$ 將數值轉換為10分制。正值表示右側偏移，負值表示左側偏移，如果患者只是在紙的右側亂畫而忽略了所有的線段記為+10，在左側則記為-10。



圖三

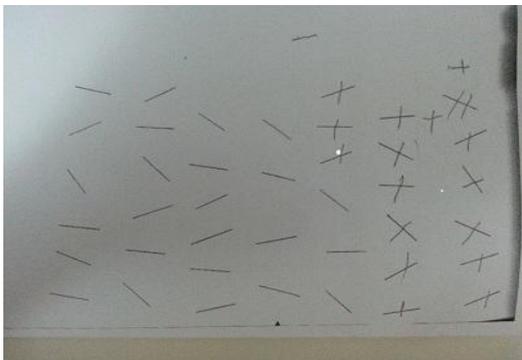
除線段刪除外，還有其他類似的刪除方法，目標圖形可與干擾圖形相結合，讓患者從中找出目標圖形，如字母刪除、圖形刪除和星星刪除（如圖三、圖四），敏感度分別是52%、36%、41%，陽性結果是損傷半球對側目標有遺漏。刪除測試不受年齡和文化程度影響。



圖四



在刪除測試中，應關注患者在任務中有無搜索模式表現異常，如重複目標刪除、偏離目標的手運動（如圖五，患者不僅忽略了左側部分，右側也出現了重複標記；圖六，患者雖可完全標記，但搜索模式混亂且有重複標記現象），這一方法可發現“桌上測試”無異常的忽略症狀。



圖五



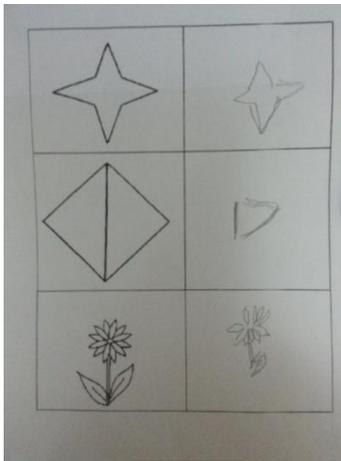
圖六

在回顧性分析中，隨著忽略的恢復，患者更多地表現為上述兩種測試中忽略的嚴重程度不同。這可能與不同認知任務的大腦加工不同有關。線段平分任務要求患者標記出一條線段的中點，需要患者將注意集中到一個特定物體(直線)的水準延展程度，而這種對物體細節的注視啟動了非自我的參照系統。劃消任務要求患者尋找並劃掉紙上的指定符號，該任務中的注意更多地與對連續排列空間位置的視覺空間搜索有關，而眼球運動啟動的是自我中心的參照系統，劃消測試所表現出的單側忽略可能是以自我為中心的空間參照框架向病灶側偏移的結果，該任務更多地要求對整個視野範圍內的視覺空間注意進行加工。

2.1.2 圖像臨摹及自由繪圖測試

圖像臨摹測試：臨摹左右對稱的花、人體、立方體等（如圖七）。

圖像臨摹測試中的圖片臨摹測試的敏感度是42.7%。正常組的異常率由低到高

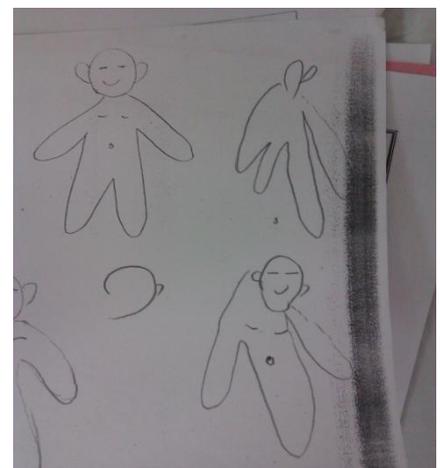


圖七

依次為空心十字、房子、人體圖和花，且異常率隨被檢者的年齡增長和文化程度降低而增大。推薦應用空心十字和房子。類似的有畫鐘試驗，要求被檢者在直徑為 6.5 cm 的圓環形紙內填寫 12 個鐘點數字。不會寫字者可用短線代替數字，檢查者在一旁注明數字。忽略患者會把損傷半球對側刻度遺漏或畫到同側。雖然畫鐘試驗是檢測空間任務的一種方法，但大多數人都知道鐘面有 12 個數字。這些口頭表達和空間編碼知識的代價，

使得一些重度忽略患者都能畫出一個較完整的鐘面。所以此測試的敏感度較低，為 27.8%。畫鐘試驗的結果受年齡和文化程度的影響比較明顯，尤其是對 60 歲以上和小學文化水準以下的人。圖像臨摹測試較畫鐘試驗有更好的信度，對忽略的檢出敏感性較高，故臨床推薦此方法。

自由繪圖測試：要求被檢者根據自己的想像，畫出一個帶有數字的鐘面、一座房子及一朵花莖上有兩片葉子的花。根據記憶繪圖可以檢查想像忽略。其他被認為檢查偏側忽略敏感的圖形有人的面部、蝴蝶等。自由畫圖也受年齡和文化程度的影響，但在正常組中，出現異常的幾率較低，較畫鐘試驗有更好的信度。



圖八

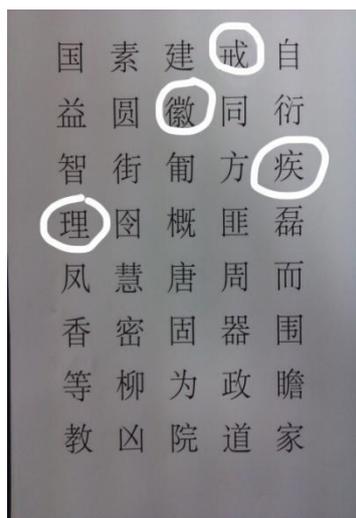
圖像臨摹及自由繪圖試驗存在兩個問題：(1)對結果解釋具有主觀性；(2)對偏側忽略檢出的敏感性差。不是所有存在偏側忽略的患者在該試驗中均表現異常。圖像臨摹及繪圖試驗不推薦單獨評估偏側忽略，因為它們不能夠區分偏側忽略和結構性失用（如圖八）。



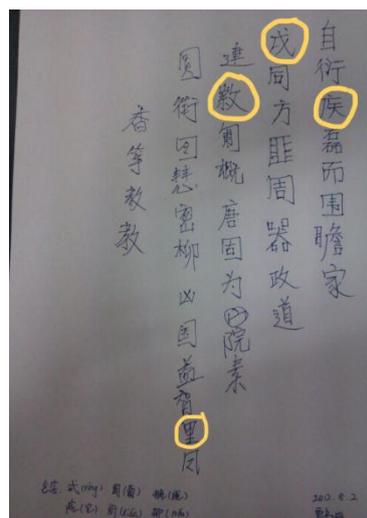
2.1.3 閱讀和字體試驗

閱讀試驗：要求卒中患者閱讀A4紙上橫向排列文字的一篇短文。判斷結果有2個指標，分別是患者閱讀短文時遺漏的總單詞數，和遺漏短文的左邊或右邊的單詞數。

字體試驗：要求被檢者將實驗紙上結構簡單、且都含有左右兩個偏旁的漢字照抄一遍，患者可表現為丟失字的部分結構，如偏旁等，也可表現在紙的損傷半球對側方向上留下較大的空白、寫下錯誤排列順序的文字或重複書寫等。字體試驗檢出率較低，這可能與我國人對漢字結構的認知能力較好，存在一定的代償能力有關（如圖九、十）



圖九



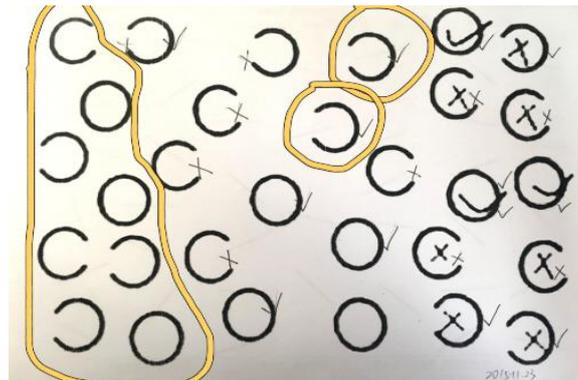
圖十

2.1.4 目測黑點數 要求被檢者數實驗紙上的一行黑點數（8個）。此評價方法相對簡單，出錯幾率小，對忽略患者的檢出率卻較低。

2.1.5 缺口探查測驗 該測試要求患者在測試紙上沒有缺口的圓圈上打勾（“√”），在有缺口的圓圈上打叉（“×”），圓圈缺口的方向分為向左和向右。通過此測驗可判斷是否存在自我為中心的忽略及非自我為中心的忽略。如果患者可將一側有缺口的圓圈正確標記（“×”），且對這一側的所有標記（“√”）（“×”）遺漏明顯少於另一側，則患者存在自我為中心的忽略。如果患者將有缺口的圓圈錯誤地標記為對



勾，即忽略了圓圈的缺口，則患者可能存在非自我為中心的忽略。如果患者對一側有缺口的標記（“×”）遺漏較另一側有缺口的標記（“×”）遺漏更顯著，那麼該患者可能存在自我為中心的忽略合併非自我為中心的忽略。（如圖十一）



圖十一

刪除試驗在單側忽略的檢測中作為首推的方法。其次為自由畫圖，再次為臨摹試驗和平分直線法。目測黑點數和字體試驗在忽略患者的檢出率較低，不宜作為診斷單側忽略的首選。同時使用幾種方法可取長補短，提高檢出率。

2.2 其他測試

2.2.1 聲源定位測試 要求患者指出非可見聲源的發聲位置，或者採用聽覺中線任務，要求患者判定聲源相對於頭或軀幹中線的位置，可通過患者對聲源感知的整體右向偏移現象判斷聽覺忽略。

2.2.2 馬甲測試 由 Glocker 等設計，將 50 名卒中患者（左腦、右腦各 25 名）蒙眼，穿一件 24 個兜的馬甲（均在軀幹前部，左右各 12 個），要求其儘快以健手拿出兜內物體，結果與 50 名健康對照組比較。結果顯示馬甲測試右腦卒中患者用於評估個體忽略的敏感度是 82%，左腦是 48%，特異度大於 92%。

2.2.3 行為忽略測試（behavioral inattention test, BIT） BIT 由 6 個專案的“普通檢查”和 9 個專案的“行動檢查”組成。“普通檢查”包括：刪除線段試驗、刪除文字試驗、



刪除星星試驗、臨摹試驗、二等分線段試驗和繪畫試驗；“行動檢查”包括：圖畫閱覽、撥電話號碼、看菜單、閱讀文章、鐘錶報時和定時、硬幣分類、抄寫地址和句子、查找地圖、卡片分類。BIT 有明確的評分標準，能對測試完成情況進行分級，提高了其客觀性。評分基於每項測試的漏刪數目，把每一個單項的漏刪數目計分，合計成總分，忽略患者總分明顯比對照組高。

2.2.4 凱瑟林—波哥量表 (Catherine Bergego Scale, CBS)，其通過觀察10項日常生活活動來判定忽略及評估忽略的嚴重程度。10項分別是：洗左臉、穿左袖或左邊鞋、吃左邊盤子的食物、吃飯後清潔左邊口腔、自發向左側注視、注意到左側軀體、對左側的聽覺刺激注意、和左側物體發生碰撞、向左側偏行及找到左側物品。CBS量表通過評估者對患者日常生活的直接觀察來評價其是否存在行為偏側忽略，包括個體忽略、個體周圍、個體週邊忽略的專案，可以區分自體忽略和空間忽略，為治療師制訂治療計畫提供有用的資訊。CBS和Bathel 指數有很好的相關性，比任何一種桌上試驗的敏感性都高。76%的患者在CBS至少一項的測試中顯示異常。但此量表存在評定不夠客觀和耗時長的缺點。

2.2.5 輪椅碰撞試驗 參與試驗的患者驅動輪椅通過4個呈平行四邊形錯開排列的圓凳，存在偏側忽略的患者會在試驗過程中撞擊圓凳。通過反復試驗，最終將圓凳間距定為120CM或140CM。有研究顯示圓凳間距120CM易於檢出患者是否存在偏側忽略，圓凳間距140CM易於檢出患者是否存在中或重度偏側忽略。WCT結果與CBS評分呈明顯正相關，與FIM 評分呈明顯負相關。

3 結語

單側忽略的臨床表現具有多樣性和多變性，患者在各階段表現均可能不同，且可能



同時存在兩種以上的忽略亞型，單一的評估方法不能識別所有單側忽略患者，也不能為忽略行為提供全面的鑒別診斷。而單側忽略的評估方法靈敏度差異較大，可能與多種因素有關，如不同研究者定義忽略的標準不同，神經損傷後至測試的間隔時間不同，刺激物的特徵屬性不同，同樣特徵的刺激物的微小差異，未考慮合併症如軀體失認、感覺缺失等情況的存在都可能極大的影響評估的準確性。

參考文獻：

[1] MAXTON C, DINEEN R A, PADAMSEY R C, et al. Don' t neglect neglect—an update on post stroke neglect<J>. Int J Clin Pract, 2013, 67(4);369-378

[2] PRIFTIS K, PASSARINI L, PILOSIO C, et al. Visual scanning training, limb activation treatment, and prism adaptation for rehabilitating left neglect: who is the winner?<J>. Front Hum Neurosci, 2013, 7:360

[3] 非自我為中心的偏側忽略的發生及其解剖 嶽月紅 宋為群 霍速 劉霖 孟志勇
中國康復醫學雜誌 2011, 26-8

[4] PeiiChen, Kimberly Hreha, Paola Fortis, Kelly Goedert, Anna Barrett. Functional Assessment of Spatial Neglect: A Review of the Catherine Bergego Scale and an Introduction of the Kessler Foundation Neglect Assessment Process[J]. Topics in Stroke Rehabilitation . 2012 (5)

作者簡介：

崔婷捷，中日醫院康復醫學科主管治療師，專業從事 OT 九年。2009 年畢業於首都醫科大學康復治療學 OT 方向，2016 年完成中科院醫學心理學在職研究生課程。目前擔任中國康復醫學會作業治療委員會委員，中華中醫藥學會養生康復分會青年委員。



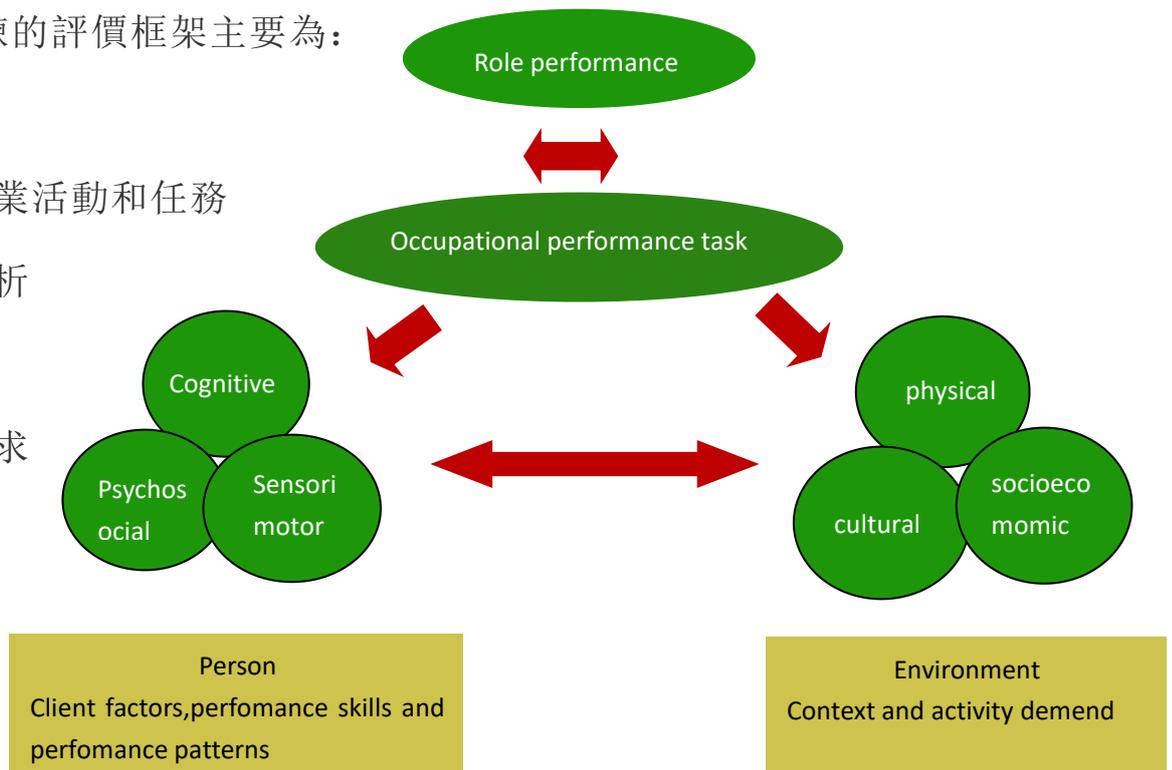
以任務為導向的腦卒中作業治療案例分享

田湑 南通大學附屬醫院 康復醫學科

任務導向性訓練（task-oriented training, TOT）是通過功能性任務作為目標或者訓練專案，並且通過正確的引導方式來達到康復目的的方法，是從 Carr 的運動再學習理論上發展起來的基於運動控制和運動學習理論的系統模型，同時考慮周邊與中樞系統的治療而非僅單純考慮周邊的肌肉骨骼系統與環境或中樞之神經系統，目的是重建神經系統對運動技巧的控制。

任務導向性訓練的評價框架主要為：

- 作業角色表現
- 角色相關的作業活動和任務
- 任務選擇和分析
- 人
- 環境與活動要求



近幾年，任務導向性訓練應用於腦卒中後手功能康復取得了一定的療效。也有研究發現任務導向性訓練可顯著提高康復科腦卒中患者自理能力。故任務導向訓練現廣泛應用於我科腦卒中患者的作業治療當中。現分享案例如下：



患者基本資料：

患者吳某，男性，56歲，公務員，因“突發左側肢體無力十餘天”入院。既往有高血壓史十餘年，有2型糖尿病病史，規律服藥，血壓血糖控制尚可。發病過程中無意識障礙，無肢體抽搐，能自發言語但言語稍欠清晰，偶有嗆咳，遺留左側肢體無力。頭頸部CTA示雙側頸內動脈多發鈣化斑塊，重度狹窄；MRI示橋腦梗死。診斷：腦梗死、動脈粥樣硬化、高血壓、糖尿病。

按照任務導向性作業治療的框架採集患者資訊如下：

一、個人因素：

1、感覺運動成分：

Brunnstrom分期：上肢-手-下肢：III-III-III

被動關節活動度：均能達到正常範圍，肩外展至末端有輕微疼痛（VAS評分3分）。

肌張力（改良Ashworth分級）：屈肘肌群1級，前臂旋前肌群1級。

肌力 (MMT)	肩部	肘部	腕部	髖部	膝部	踝部
屈肌	3-	3-	1	3	3-	2
伸肌	2	3-	1	3-	3	2+

耐力：肌耐力差，體力差，易感疲勞。

感覺：深、淺感覺均正常。

平衡：坐位平衡3級，立位平衡2級。

2、認知成分：MMSE評分28分，定向力、注意力、計算力、言語均正常，記憶力略有減退。



3、社會心理成分：

文化程度：大學

職業：司法部門公務員

興趣愛好：讀書、打牌、騎行、烹飪

情緒：積極、自信，自我效能較高

問題解決能力較強，交際能力強

康復意願：強烈，依從性高

4、上肢功能：香港偏癱上肢功能測試（FTHUE-HK）分級為3級。

5、日常生活活動能力：MBI 評分 69 分。

二、環境因素

1、物理環境：

①醫院環境：6 人間，病房較擁擠，衛生間浴室空間小不能容納輪椅，坐廁，淋浴間配有防滑墊，有門檻，有坐便椅可配備，走廊空間寬敞。

居家環境：10 樓，有電梯，家裏空間大寬敞，各房間均允許輪椅進出和轉彎，進屋處有一 5cm 左右門檻，其餘房間無門檻，坐廁，淋浴房無防滑墊，家中有健身器材。

②社區環境：良好，各棟樓前均有無障礙通道。患者出行多為自己開車和騎自行車。

3、社會經濟環境：經濟條件好，家庭支持良好，主要照顧者為其妻子，患者另有兩個兒子均已成家，有一個孫子，子女和孫子經常探望。患者妻子對康復認知程度低但能遵醫囑，不存在過度保護等現象。患者就醫費用為公務員醫保，社會支持好。



三、作業角色表現：

- 1、患者以前的角色：單位領導、丈夫、父親、爺爺。
- 2、現明顯受影響的角色：單位領導（暫時不能工作），爺爺（不能照顧孫子），丈夫（不能參與家務）。
- 3、新增加的角色：患者（被照顧者）。
- 4、未來想要擔當和必須擔當的角色：單位領導，爺爺（特別迫切要照顧孫子）。

四、角色相關的作業活動和任務：

- 1、日常生活活動：所有的基礎性日常生活活動，家務活動（家務衛生），煮飯，接送孫子。
- 2、生產性活動：上班（包括使用手機、電腦、書寫檔等）、開會、駕駛。
- 3、娛樂休閒活動：看報紙、打牌（撲克和麻將）、騎行、烹飪。

五、任務選擇和分析：

使用加拿大作業活動量表（COPM）讓患者確定了 5 個他認為有問題又最迫切希望得到改善的作業活動，評分如下：

作業表現的問題	表現分	滿意度評分
穿衣	5	5
如廁	5	4
開車	1	1
烹飪	1	1
打牌	2	1
總分=表現分/問題數	2.8	2.4



分析該患者在完成以上任務時存在的問題：

- 1、上肢各部分力量不足，雖有主動活動但不能抗重力。
- 2、上肢活動時存在較明顯的聳肩及軀幹代償。
- 3、腕及手功能差，僅有鉤狀抓握，無主動伸指，精細功能差。
- 4、屈肘肌和前臂旋前肌群存在肌張力，前臂旋轉功能差。
- 5、下肢力量不足，存在足下垂和足內翻，平衡功能較差，步行不穩。
- 6、患者自理能力不足，有待提高。
- 7、耐力差，整體體力較差，不能持續較長時間的治療。

治療計畫

一、康復宣教（每位患者首次評估後均對患者及其主要照顧者進行康復宣教）：

- 1、對患者及其家屬介紹作業治療，用通俗易懂的語言簡單介紹中樞神經重塑理論和運動再學習理論，希望患者和家屬理解治療的原理積極配合治療。
- 2、良肢位擺放、預防肩關節半脫位的注意事項、患者自主活動時的注意事項。
- 3、針對患者的肌張力教患者自我牽伸的方法。
- 4、主要照顧者的教育：如何幫助患者牽伸緩解痙攣、鼓勵患者更多的參與日常生活活動避免過度保護。

二、配備輔具：

康復過程中為患者配備了肩帶（預防肩關節半脫位）、肘部抗痙攣支具、踝足矯形器、四腳拐。

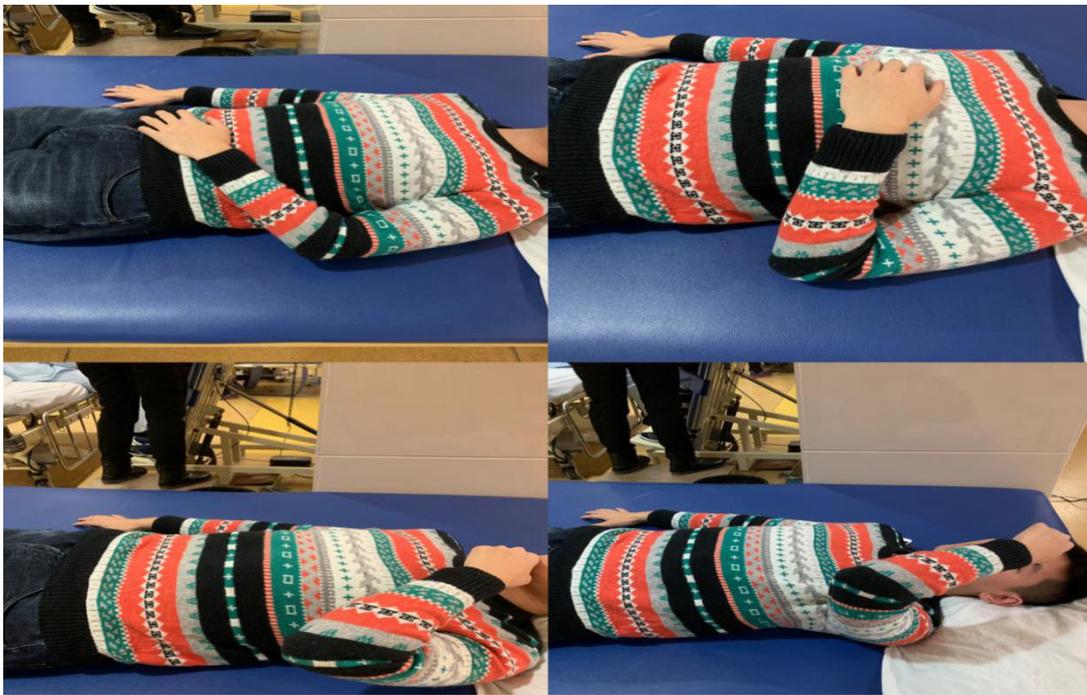
三、任務導向訓練



1.針對上肢肌力不足（肩前屈功能差、屈伸肘功能差）

任務一：臥位下用手觸腹、胸、下巴直至額頭。

一開始患者將手拿至胸前十分容易，拿至額頭有困難，通過講解如何收縮肱二頭肌產生屈肘和收縮三角肌前部產生肩前屈、肌群的拍打和振動刺激、健側肢體示範尋找感覺後患者逐漸能將患手輕鬆抬至額頭。



任務二：坐位下抓礦泉水瓶至嘴邊。

待患者臥位時能較輕易地將手觸到額頭以後，開始讓患者坐位下拿礦泉水瓶到嘴邊的練習，此時患者無柱狀抓握功能，我用彈力繃帶將患者的手以正確的抓握姿勢（拇指對掌位）和礦泉水瓶纏繞固定。之後逐漸增加水瓶裏的水以增加難度。



任務三：用抹布擦桌子

佩戴肘部抗痙攣支具抑制肘的屈曲痙攣和共同運動，主要訓練患者肩的水準內收和外展為日後患者在日常生活中擦桌子等家務活做準備。



2. 針對腕、手功能差，無抓握功能和手指精細活動：患者於訓練的第 6 日出現明顯的柱狀抓握和側捏動作。



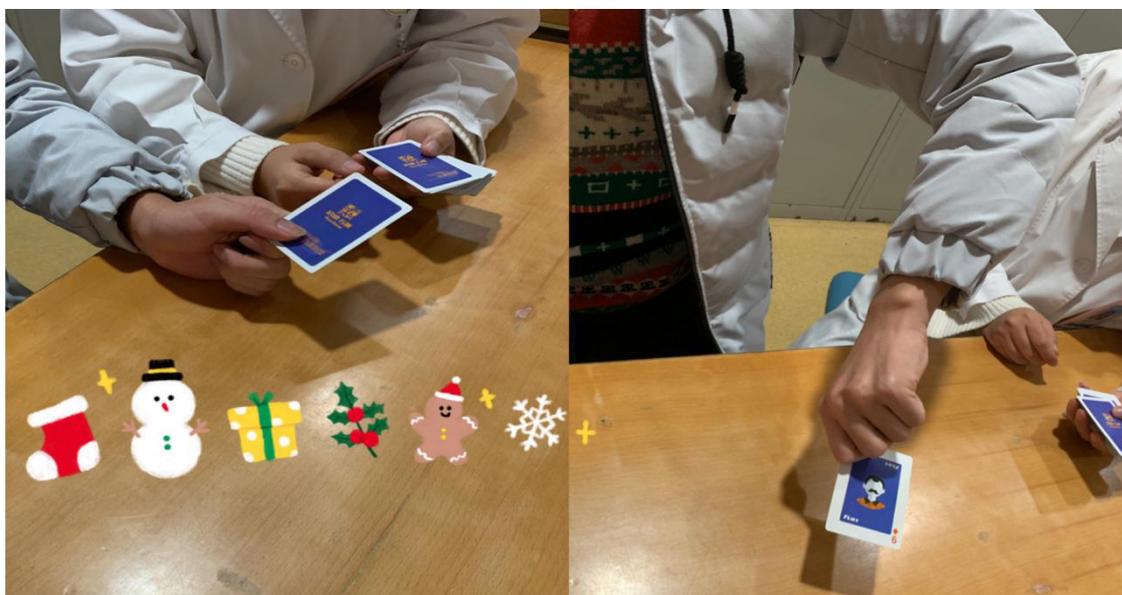
任務一：抓和轉移毛毛球

將一盒毛毛球放置在患者身體左側，患者抓一把毛毛球至桌面高度再伸肘儘量鬆開手指讓毛毛球掉落到桌面的盒子裏。開始患者不能伸指時由治療師幫助其鬆開手指。毛毛球後續可替換為蠶豆、玻璃珠等。



任務二：翻牌練習

讓患者以側捏的姿勢抓住撲克牌通過前臂旋前把牌翻過來。過程中設計不同的遊戲規則增加趣味性。



Merry Christmas

任務三：模擬舉鍋子

由於治療中心沒有鍋子且真實的鍋子較重，我先用泡沫模擬鍋子，後用低溫熱塑板做了個“平底鍋”練習烹飪時會用到的轉移鍋子、顛鍋、傾斜鍋子等動作。



任務四：水果切切樂

讓患者用患手固定玩具水果，右手用玩具刀將水果切開。

3. 針對日常生活活動功能差：

任務一：穿上衣訓練

任務二：拉拉鍊訓練

任務三：模擬穿脫褲子訓練

任務四：擰毛巾訓練

.....



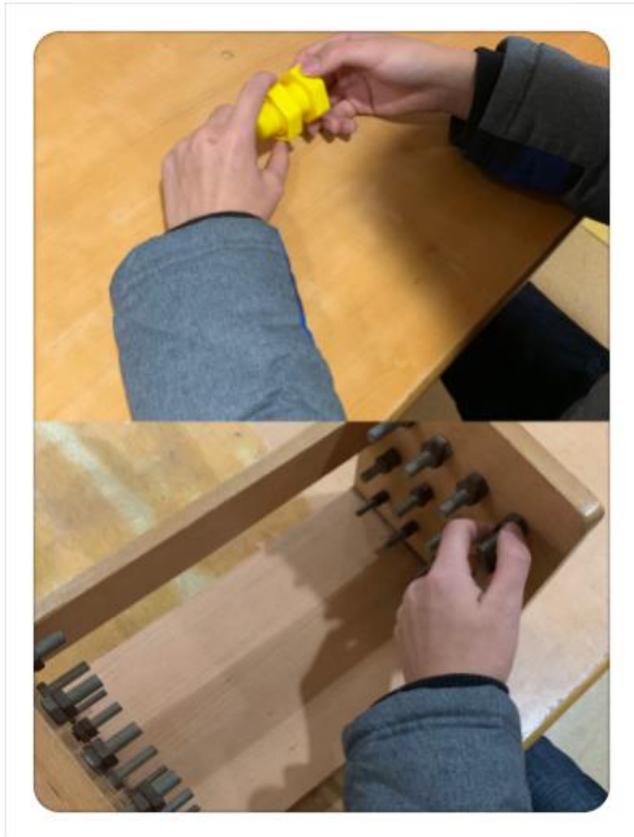
訓練一個月餘 8 天後患者上肢肌力均有所提高且出現較好的分離運動，能主動全範圍伸手指，但單個伸指不充分，手指精細功能差，有明顯的手內在肌肌力不足的現象。



故我調整了治療方案，添加以下任務：

任務一：擰螺絲練習

從擰大顆玩具螺絲到小顆實體螺絲到使用螺絲刀逐漸增加難度。



任務二：堆疊麻將

兩只手分別捏住一塊麻將再夾住一塊麻將依次往上堆疊，練習對捏能力、雙手的協調性和配合以及手眼協調能力。

任務三：搬運厚重書本

以蚓狀肌抓握的方式提舉書本並搬運到制定位置。

任務四：彈棋子

在桌面用膠帶設定目標線，讓患者分別嘗試用不同的手指將棋子彈出，離目標線越近越好，促進患者單個伸指的功能和力量。



任务三：搬运厚重书本



任务四：弹棋子

四、生物回饋療法：主要促進患者的伸腕及伸指功能。

五、環境干預：主要是建議患者在浴室配備防滑墊和長柄刷以滿足獨立洗澡的需求和安全性。

出院評估（患者於住院後的兩個月餘十天出院）

1、Brunnstrom 分期：上肢-手-下肢：V-VI-V

2、肌張力：正常

3、肌力：

肌力 (MMT)	肩部	肘部	腕部	髖部	膝部	踝部
屈肌	4+	5	4	5	4+	4
伸肌	4	5	4	4+	4+	3+

4、耐力：耐力明顯提高，可自主在家用自主健身半小時左右

5、平衡：坐位平衡 3 級，立位平衡 3 級



6、認知：MMSE：30 分

7、上肢功能：香港偏癱上肢功能測試（FTHUE-HK）分級為 7 級

8、日常生活活動能力：MBI 評分 92 分

9、COPM 評分：

作業表現的問題	表現分	滿意度評分
穿衣	9	9
如廁	9	9
開車	5	6
烹飪	8	8
打牌	10	10
總分=表現分/問題數	8.2	8.4

總結：

該患者雖入院時間不長，但變化明顯，整個治療過程中治療計畫的變動和評估比較頻繁，在此只列舉了一些有特徵性的治療活動。且由於條件限制，針對患者能獨立駕駛的需求並未有相應的治療而是伴隨患者手功能的提高讓其在週末自行練習。

在任務導向訓練中，我們都採用對患者由目的性、重要性和有實際意義的功能性任務作為治療性活動，盡可能使用患者現實生活中的物品和模擬真實情景。在設計任務時，治療師還應同時想好該任務如何進行難度的升級和降級，確保患者在努力下能獲得成功的體驗。治療過程中治療師對患者的回饋也非常重要，包括指導語、節奏、協助等，



要及時的肯定正確的活動、前瞻性地制止錯誤的動作模式的啟動等等。在功能性活動中，治療師還要教會患者如何適度地用力、如何正確啟動肢體的活動次序以及如何控制不必要的運動和聯合反應。



作者简介

田湑，女，南通大学附属医院作业治疗师
MOT，致力于脑卒中及老年病的作业治疗。



刪除試驗——筆尖下的注意力

朱昭錦

刪除試驗 (cancellation test) 是常用於檢測注意力持久性、單側忽略的一種測試，是康復評定中的一項重要內容，也是評定注認知障礙康復療效的指標之一。有不同類型的刪除試驗，比如刪除數字、字母、圖形、符號等。

筆者在指導學生學習“認知障礙的作業治療”課程時，發現課本給出的示例有誤：根據課本描述，原為“每行有 18 個要刪除的字母”，而給出的圖例中，第一行只有 17 個指定刪除項；另外，課本描述為“100 秒內刪錯多於一個為注意有缺陷”，但在實際操作中，我們發現要在 100 秒內完成比較困難，可能的原因是字體偏小和字元間距狹窄（圖 1）。顯然圖例不適合用於臨床，所以我們想探究：關於刪除試驗有無標準化要求？比如測驗用紙的尺寸、字型大小（如果評估對象是老年人，字體是否可以放大）、字元間距、指定刪除項是否一定是 C 和 E 等。

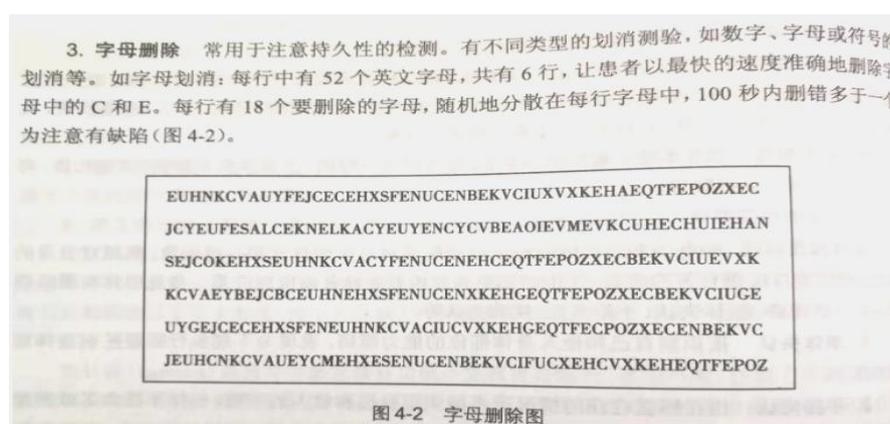


图 4-2 字母删除图

圖 1

1 查閱資料

1.1 書籍

查看了大陸常用康復專業書籍若干本，其中提及刪除試驗的有 12 本（表 1）。



1.2 文獻

使用中國知網資料庫檢索 1979 年以來國內專業雜誌、重要學術會議論文、優秀碩士及博士論文有關刪除試驗的內容，檢索關鍵字為刪除試驗、刪除實驗、字母刪除、劃消測驗劃銷測驗、劃刪試驗。使用 Pubmed 檢索國外有關刪除試驗的研究，檢索關鍵字為 cancellation test。

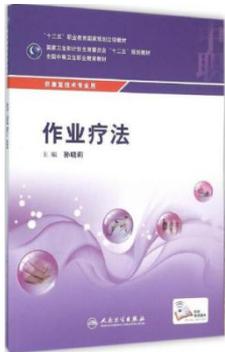
2 資料分析

2.1 書籍

所查書籍的範圍為本校圖書館，按“書名：評定/作業”，共索引 32 條康復相關的書目，翻閱後發現其中 12 本提及刪除試驗。

由於刪除試驗不屬於“重點考察學生掌握水準”的教學大綱範圍，對刪除試驗的解釋通常為 1-2 段文字描述，一部分編者會為讀者提供圖例。受學校圖書館藏書量的限制，我們並沒有成功找到詳細描述刪除試驗的書籍資料，或可供臨床直接使用的標準圖例。

書本封面	書中有關刪除試驗的描述
	<p>3. 注意持久性的檢查</p> <p>(1) 划销测验 给患者一支笔,要求其以最快的速度准确地划去指定数字或字母,如要求患者划去下列字母中的“C”和“E”:</p> <p>BEIFHEHFEGICHEICBDACBFBEDACDAFCHCFEBAFEACFCHBDCFGHE CAHEFACDCFEHBFCADEHAEIEGDEGHBCAGCIEHCIEFHICDBCGFDEBA EBCAFCBEHFAEFEGCHGDEHBAEGDACHEBAEDGCCDAFBIFEADCBEACG CDGACHEFBCAFEABFCHDEFCEGACBEDCFHEHEFDICHBIEBCAHCHEFB ACBCEBIEHACAFICABEGFBEFAEABGCCGFACDBEBCHFEADHCAIEFEG EDHBCADGAEADFEICACGEDACHGEDCBAEFBCHDACGBEHCFEHAIE</p> <p>患者操作完毕后,分别统计正确划销数字与错误划销数字,并记录划销时间。根据下列公式计算患者的注意持久性或稳定性指数并作为治疗前后自身比较的指标。</p> <p>注意的持久性指数 = (总查阅数字/划销时间) ÷ [(正确划销数字 - 错误划销数字) ÷ 应划销数字]。</p>
	<p>2. 划删试验 是注意持久性检查常用的方法,给患者一支笔,要求其以最快的速度准确地划去指定数字或字母。如要求患者划去下列字母中的“A”和“C”。</p> <p>QIEABAEINDIAONAIISDCLAIFLKDVICALIDAIOQLIBAOOWQEOWMQNPERTSATGFKJIM NAEFAFANCIEWOBADFIENALDSINVALDFKAJOIWEFRDASNLGJIAFNADSLFJAIDSNVAKD FUQIOEWRFDNKSANVALIDUFQOIQLNQDIFAONFALKSIFUOIANFODIAOSNVOAIUFALKNSF LIAUOIEJFADSNVOIAUFRQALIEOQHFHALIDFULKXNVKAFIYZAOQJLIAUERZLDIUFQORJLS KUFCAJIEFUQAJOIWQOEINFZASJFOIANFCAOIJFAQJ</p> <p>患者操作完毕后,分别统计正确划删数字与错误划删数字,并记录划删时间。根据下列公式,计算患者的注意持久性或稳定性指数并作为治疗前后自身比较的指标。</p> <p>注意的持久性指数 = (总查阅字数/划删时间) ÷ [(正确划删数字 - 错误划删数字) ÷ 应划删数字]。</p>



3. 划消测验 常用于注意持久性的检测。有不同类型的划消测验,如数字、字母或符号的划消等。如字母划消:每行中有 52 个英文字母,共有 6 行,每行有 18 个要删除的字母,随机分散在每行字母中,要求被试者以最快的速度准确地删除目标字母,100 秒内删错多于一个为注意有缺陷(图 4-2)。

```

EUHNKVAUYFEJCECEHXSFEUCENBEKVCIUUVXKEHAEQTFEPOZXEC
JCYEUFESALCEKNELKACYEUYENCYVBEOIEVMEVKUCHECHUIEHAN
SEJCOKEHXSEUHNKCVACYFENUCENEHCQTFEPOZXECBEKVCUIEVXK
KCVAEYBEJCBCEUHNHXSFEUCENXKEHGEQTFEPOZXECBEKVCUIGE
UYGEJCECEHXSFEUCENKCVACIUCVXKEHGEQTFEPOZXECENBEKVC
JEUHCNKVAUEYCMEXESEUCENBEKVCIFUCXEHCVXKEHGEQTFEPOZ
    
```

图 4-2 字母删除图



3. 字母删除 常用于注意持久性的检测。有不同类型的划消测验,如数字、字母或符号的划消等。如:字母划消,即每行中有 52 个英文字母,共有 6 行,让患者以最快的速度准确地删除字母中的 C 和 E,每行有 18 个要删除的字母,随机地分散在每行字母中,100 秒内删错多于一个为注意有缺陷(图 4-2)。

```

EUHNKVAUYFEJCECEHXSFEUCENBEKVCIUUVXKEHAEQTFEPOZXEC
JCYEUFESALCEKNELKACYEUYENCYVBEOIEVMEVKUCHECHUIEHAN
SEJCOKEHXSEUHNKCVACYFENUCENEHCQTFEPOZXECBEKVCUIEVXK
KCVAEYBEJCBCEUHNHXSFEUCENXKEHGEQTFEPOZXECBEKVCUIGE
UYGEJCECEHXSFEUCENKCVACIUCVXKEHGEQTFEPOZXECENBEKVC
JEUHCNKVAUEYCMEXESEUCENBEKVCIFUCXEHCVXKEHGEQTFEPOZ
    
```

图 4-2 字母删除图



3. 字母删除 常用于注意持久性的检测。有不同类型的划消测验,如数字、字母或符号的划消等。如字母划消:每行中有 52 个英文字母,共有 6 行,让患者以最快的速度准确地删除字母中的 C 和 E,每行有 18 个要删除的字母,随机地分散在每行字母中,100 秒内删错多于一个为注意有缺陷(图 4-2)。

```

EUHNKVAUYFEJCECEHXSFEUCENBEKVCIUUVXKEHAEQTFEPOZXEC
JCYEUFESALCEKNELKACYEUYENCYVBEOIEVMEVKUCHECHUIEHAN
SEJCOKEHXSEUHNKCVACYFENUCENEHCQTFEPOZXECBEKVCUIEVXK
KCVAEYBEJCBCEUHNHXSFEUCENXKEHGEQTFEPOZXECBEKVCUIGE
UYGEJCECEHXSFEUCENKCVACIUCVXKEHGEQTFEPOZXECENBEKVC
JEUHCNKVAUEYCMEXESEUCENBEKVCIFUCXEHCVXKEHGEQTFEPOZ
    
```

图 4-2 字母删除图



第七章 认知与知觉障碍

1. 划消测验(cancellation test) 常用于检测注意的一种心理学测验,有不同类型的划消测验,如数字、字母或符号的划消等。字母划消,即在每行中有 52 个英文字母,共 6 行,每行有 18 个要划消的字母,随机地分散在每行字母中,要求患者尽快地把目标字母划掉。根据速度、错误数和漏数评分,详见本章第三节。



1. 划消测验(cancellation test) 常用于检测注意的一种心理学测验,有不同类型的划消测验,如数字、字母或符号的划消等。字母划消,即在每行中有 52 个英文字母,共 6 行,每行有 18 个要划消的字母,随机地分散在每行字母中,要求被试尽快地把目标字



母划掉。根据速度、错误数和漏数评分,详见本章第三节。



3. 划删字母测试 让受试者用铅笔以最快速度划去字母列(图 3-3)中的 C 和 E, 100s 内划错多于 1 个为注意缺陷。

BEIFHEHFEGICHEICBDACRFBEDACDAFCIHCFEBAFFEACFCHBDCFGHE
CAHEFACDCFEHDFCADEHAIEEGDEGHBCAGCIEHCIEFHICBDCGFDEBA
EBCAFCBEHFAEFEGCHGDEHBAEGDAACHEBAEDGDAFCBIFEAADCBEACG
CDGACHEFBACAFAEFBCHDFEFCACBEDCF AHEHEFDICHBIEBCAHCHEFB
ACBGBIEHACAFICABEGFBFAEABGGCFACDBEBCHFEADHCAIEFEG
EDHBCADGEADFEIBEIGACGEDACHGEDCABAEFBCHDACGBEHCDFEHAIE

图 3-3 字母列



3. 注意持久性的检查 常采用划消测验。即划去指定的数字或字母,如划去下列数字中

的 3 和 5 (203 页)或要求患者划去下列字母中的“C”和“E”,患者操作完毕后,分别统计正确划消数字与错误划消数字,并记录划消时间。根据下列公式计算患者的注意持久性或稳定性指数,并作为治疗前后的自身比较的指标。

$$\text{指数} = \frac{\text{总查阅数} / \text{划消时间} \times (\text{正确划消数} - \text{错误划消数})}{\text{应划消数}}$$



3. 划销测验 有数字划销、字母划销、符号划销等不同的划销测验类型。测试时要要求患者在专用的划销表中将指定的数字(或字母、符号)划去,从而对注意进行评定。如,字母划销表中有 6 行随机排列的英文字母,每行有 52 个字母,每行都要划销的字母分布其中,要求患者以最快速度准确地划去指定字母“C”和“E”。患者操作完毕后,分别统计正确划销数与错误划销数,并记录划销时间。根据下列公式计算患者的注意持久性指数并作为治疗前后自身比较的指标。

$$\text{注意的持久性指数} = \frac{\text{总查阅数} / \text{划销时间} \times (\text{正确划销数} - \text{错误划销数})}{\text{应划销数}}$$



3. 划消试验 本试验被广泛用于方向性注意障碍(半侧空间失认)。在以选择功能前提下也能评价注意力的持续能力和视觉搜索能力。具体方法详见半侧空间失认的检查中的 Albert 线段划消测验。



3. 注意持久性的检查 常采用划消测验。给患者一只笔,要求其以最快速度准确地划去指定数字或字母,如划去下列数字中的 3 和 5:

3471384623165125384563713254361858564933945198591859468596856348954
1323729581316393126256151273761342523861433481761975832765847579321
5432314751465259613754133754312156237413725934589468958184915915798

或要求患者划去下列字母中的“C”和“E”:

BEIFHEHFEGKCHEICBDACRFBIEDACDAFCIHCFEBAFEACFCHIBDCFGH
CAHEFACDCFEHBFCADEHAIEEGDEGHBCAGCIEHCNEFHICBDCGFDEBI
EBCAFCBEHFAEFEGCIGDEHBAEGDACHEBAEDGDAFCBIFEAADCBEACCEC
CDGACHEFBACAFAEFBCHDFEFCACBEDCF AHEHEFDICHBIEBCAHCHEFB
ACBGBIEHACAFICABEGFBFAEABGGCFACDBEBCHFEADHCAIEFEG
EDHBCADGEADFEIBEIGACGEDACHGEDCABAEFBCHDACGBEHCDFEHAIE

患者操作完毕后,分别统计正确划销数字与错误划销数字,并记录划销时间。根据下列公式计算患者的注意持久性或稳定性指数,并作为治疗前后自身比较的指标。

$$\text{指数} = \frac{\text{总查阅数} \times (\text{正确划销数} - \text{错误划销数})}{\text{划销时间} \times \text{应划销数}}$$



2.2 文獻

共檢索到有關刪除試驗的文獻 20 篇，其中中文 6 篇，英文 14 篇。中文文獻中，83.33%將刪除試驗作為療效判斷指標，且文中對該研究所選用的刪除試驗均有較為詳細的介紹；英文文獻中介紹了多種類型的刪除試驗，如蘋果刪除試驗、線段刪除試驗等。

蘋果刪除試驗 在蘋果刪除試驗中，一張 A4 大小的紙張會擺在受試者的面前，測試紙的中間對準患者的身體中線，紙上一共有 150 個蘋果輪廓圖，其中三分之一的蘋果是完整的（50 個刪除目標項），三分之二的有缺口蘋果是干擾項（缺口在左邊或者右邊）。目標項和干擾項分佈均勻，頁面被分成兩行五列的網格。每一列都會有 10 個完整蘋果，同時還有一些干擾項分佈在完整蘋果的周圍（圖 2）。受試者有 5 分鐘的時間來劃掉所有完整的蘋果，每劃掉一個得一分，總分 50 分。

其結果可以選取不同的指標，如①蘋果刪除總分：即患者劃掉的正確蘋果數目；②自我中心忽略（患者無法在以自我為中心的座標下找到左側的刺激）分數：自我為中心忽略的患者進行測試時容易漏掉整張紙的左邊或右邊的蘋果，自我中心忽略分數為測試紙右邊正確的數目減去左邊正確的數目；③非自我中心忽略（患者以物體為中心的座標下遺漏目標物體）分數：非自我為中心忽略的患者則容易把左邊或者右邊有缺口的蘋果當成完整蘋果劃掉，非自我中心忽略分數為將左側有缺口的蘋果當作完整蘋果劃掉的數目減去將右側有缺口的蘋果當完整蘋果的數目。蘋果刪除試驗是一項簡易且有效的單側忽略症篩查工具，其在國內外的信度、效度均已得到驗證，它可以有效區分忽略症的兩種不同形式，即以自我為中心的忽略和非自我為中心的忽略^[1]。

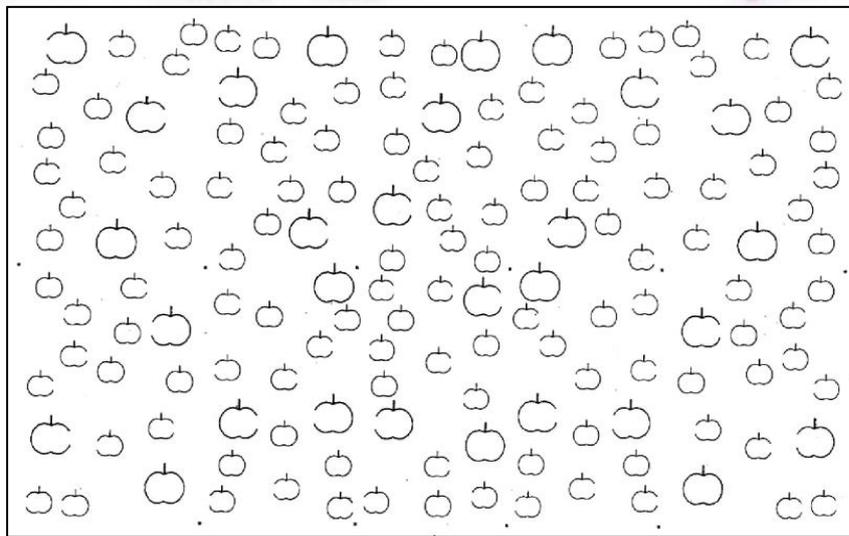


圖 2

Bells 測試 評估單側忽略綜合征的常用工具中，Bells 測試具有悠久的國際歷史，已成為診斷單側忽略最有用的標準試驗之一^[2,3]。315 個物體隨機分佈在 A4 大小的紙上，其中 280 個是干擾物（常見的小物品，如房子、馬等）。鈴鐺是偽隨機排在七列中，每列包含五個鈴鐺，3 個在左邊，1 個在中間，3 個在右邊。在進行 Bells 測試（圖 3）時，測試紙放在受試者的正前方，受試者從 280 個干擾物中識別並刪除 35 個鈴鐺。受試者最多可在 5 分鐘內完成任務。遺漏目標項、刪除干擾項以及左三列遺漏與右三列遺漏將被記分。Bells 測試易於管理，可以幫助醫生迅速瞭解患者的病理行為。此外，Bells 測試顯示出較低的學習效果，所以它也可以用於後續的評估，即使是在短短幾天之後。

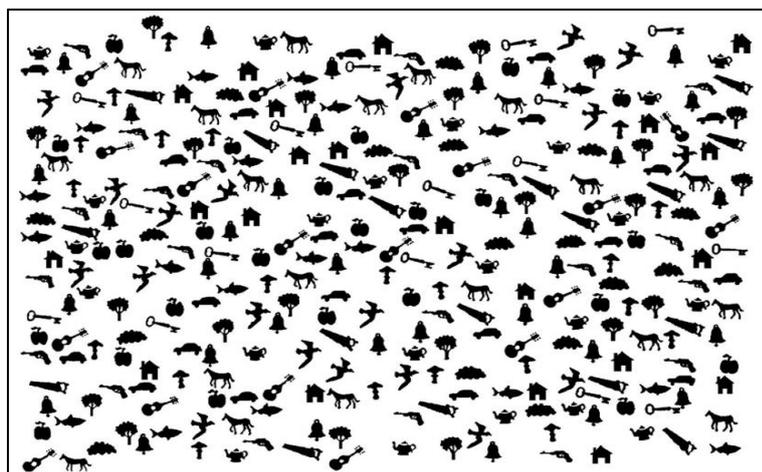


圖 3



單側空間忽略是獲得性腦損傷的常見併發症，尤其是右腦損傷後。單側空間忽略的傳統評定常採用 Bells 試驗。有研究者專門對比了蘋果刪除試驗和 Bells 試驗在單側忽略中的評估。該研究以 56 例右半球腦卒中合併單側忽略患者為樣本，比較這兩種檢測方法在檢測偏側空間忽略方面的準確性。其結果表明蘋果刪除試驗在檢驗單側忽略方面明顯比 Bells 試驗敏感^[1]。

泰迪熊刪除試驗 泰迪熊刪除試驗（圖 4）是按照 Bells 測驗相同的原理發展起來的。Bells 測驗適用於成人，泰迪熊刪除試驗適用於兒童（3-8 歲）。測試紙張的規格為 21 × 27.7cm，包含不同的、兒童感興趣的物體圖片。泰迪熊被選為刪除目標，是因為泰迪熊更偏中性化（男孩女孩都喜歡）。測試紙中共有 15 個刪除目標和 60 個干擾項。製圖時，不同的物體圖片在五列中隨機排列，干擾項按比例分配（如圖 5）。

在進行測試是，測試者坐在孩子面前介紹如何劃掉泰迪熊。然後要求孩子把所有的泰迪熊都劃掉。如果孩子在還沒刪除所有泰迪熊前就停止了，測試者需要問一次“任務是否完成了”。當孩子停下或說他已經完成時，這個刪除試驗就結束了^[4]。



圖 4

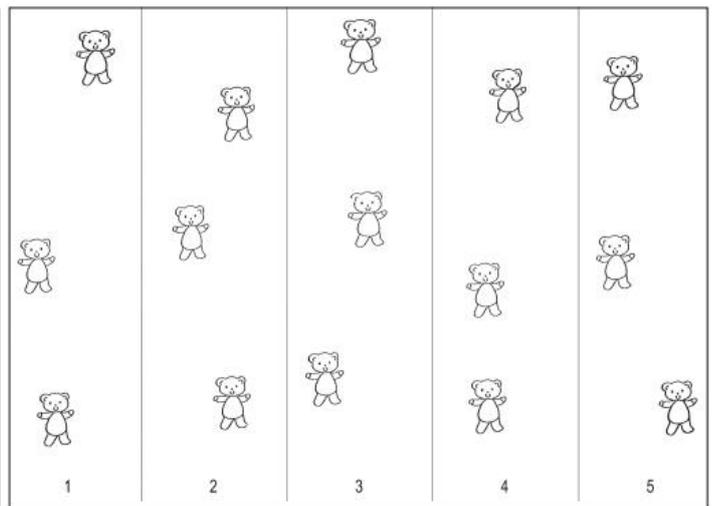


圖 5



K-T 測試 在一張 A5 大小的紙上有左、右兩個刺激欄，每欄由 340 個刺激物（20 個刺激 17 行）組成，刺激物中有字母、數字和符號，共有 117 個需要被劃去的目標物（圖 6）。治療師要求受試者用鉛筆在左側一欄中劃掉與右側欄不相同的刺激物，從左到右、從上到下盡可能快速準確地完成測試，分配完成測試的時間是 3 分鐘。當治療師告訴他們停止時，受試者在最後一個刪除專案後畫上括弧。研究結果表明，K-T 測試與評定執行功能的有效神經心理測驗顯著相關^[5]。

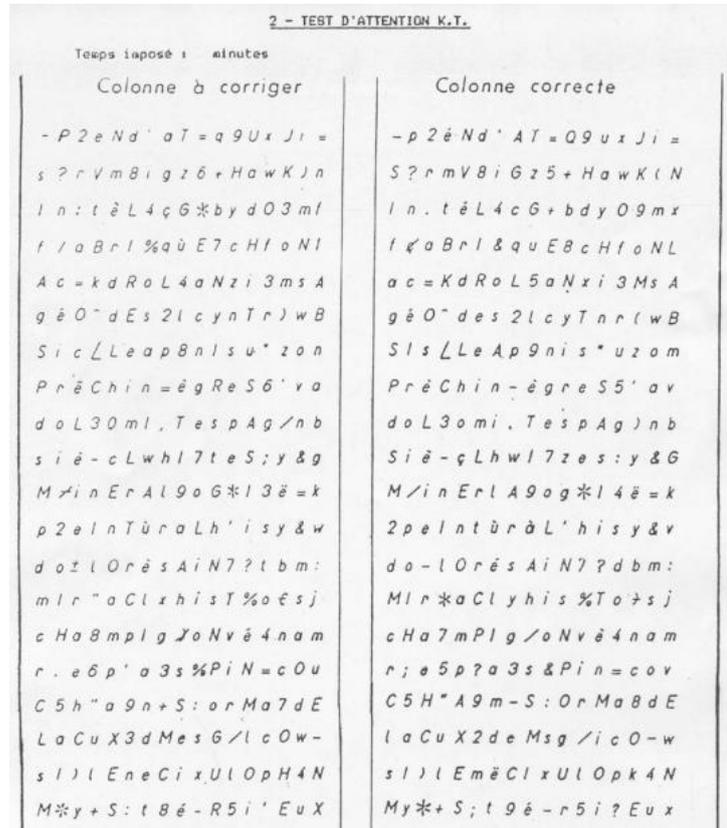


圖 6

符號刪除試驗 在 Mesulaum& Weintraub 版本的符號刪除試驗中，8.5×11 英寸的紙上呈列了各種熟悉的（如圓形、三角形、星形）和不熟悉的形狀，這些形狀以暗色調和非暗色調兩種形式出現。受試者需要劃去所有的目標項，目標項是空心的、一分為二、外側有 6 個輻條的圓。共有 60 個目標項，300 個干擾項（圖 7），健康年輕人一般在兩分鐘內可完成。

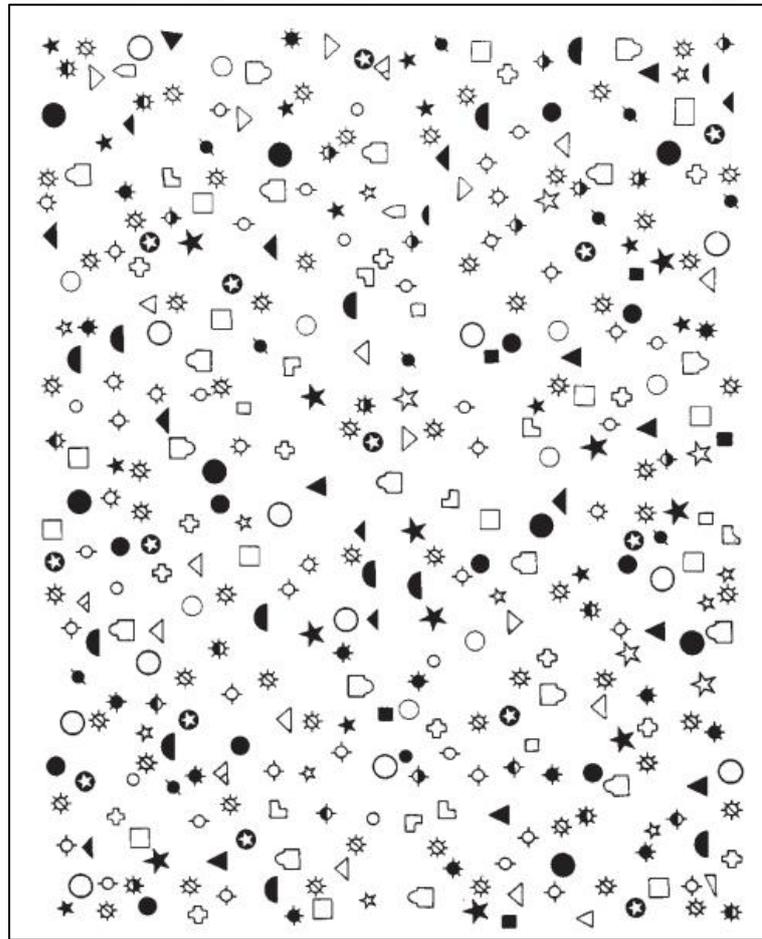


圖 7

電子刪除試驗 有研究者為實驗專門設計了一套電腦版本的刪除試驗^[6]。電子刪除試驗 (tablet-based cancellation test, e-CT) (圖 8) 是根據 K-T 刪除試驗研製的。平板電腦的觸摸屏(10.1 英寸)左右分別顯示由 30 個符號(6 行 5 個刺激)組成的兩個刺激欄。受試者被要求觸摸左側區與右側區不相同的刺激物。他們還被要求從左到右、從上到下盡可能快速準確地完成測試。一旦參與者完成了對頁面螢幕上所有刺激的處理，他們必須觸摸“下一步”按鈕才能繼續測試。總共 7 頁，需要劃掉 62 個刺激物。分配給完成測試的時間是 2 分鐘。考試開始前，考生必須按下“開始”按鈕，2 分鐘後，系統自動停止考試，在新的螢幕頁面上顯示考試結果：正確的取消次數、遺漏次數。

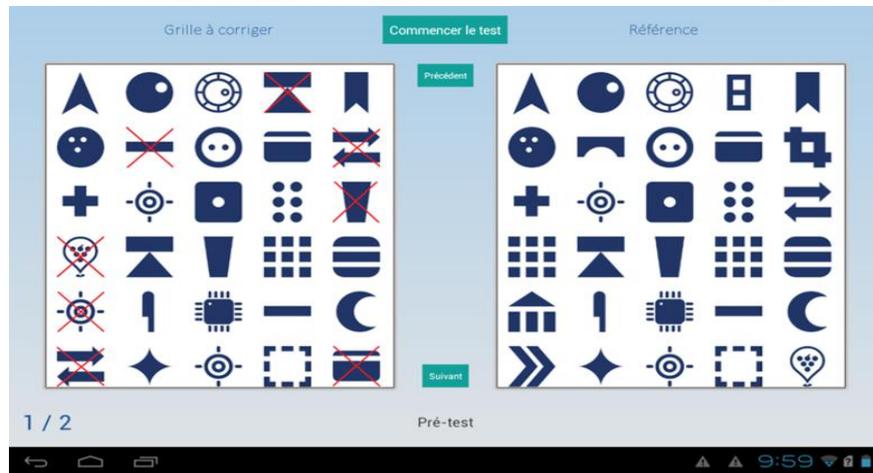


圖 8

觸屏式刪除試驗 有研究者開發了觸屏式的動態刪除試驗^[7]，刺激材料由 32 個三角形目標陣列組成。目標在隨機路徑上靜止或勻速運動，從而可以比較靜態和動態條件下受試者的空間注意力情況。此外，由於有一個不可見的、可單獨操作的網格，目標可以分配到螢幕上已經定義好的區域（4×4 的網格，共定義了 16 個區域），每個預定義區域分配 2 個目標項，總共 32 個目標。該研究沒有設置干擾項或約束測試時間。四種情況（靜態、動態、動態左、動態右）的描述如圖 9 所示。在所有動態條件下，所有運動目標具有相同的恒定速度(19/s)。位於同一網格區域內的目標在到達各自區域邊緣或相互碰撞時，會隨機改變方向。

實驗程式受試者被置於顯示器前，他們的矢狀體中線與電腦顯示器中線對齊，要求用右手食指觸碰所有目標。目標顯示在 20 英寸觸摸屏顯示器上，解析度為 1600×900 像素，活動螢幕大小為 25×44.5 cm。為了給參與者提供視覺回饋，目標一旦被碰觸，就會被紅十字會標記出來。該軟體記錄和存儲每個目標刪除的準確位置和時間。

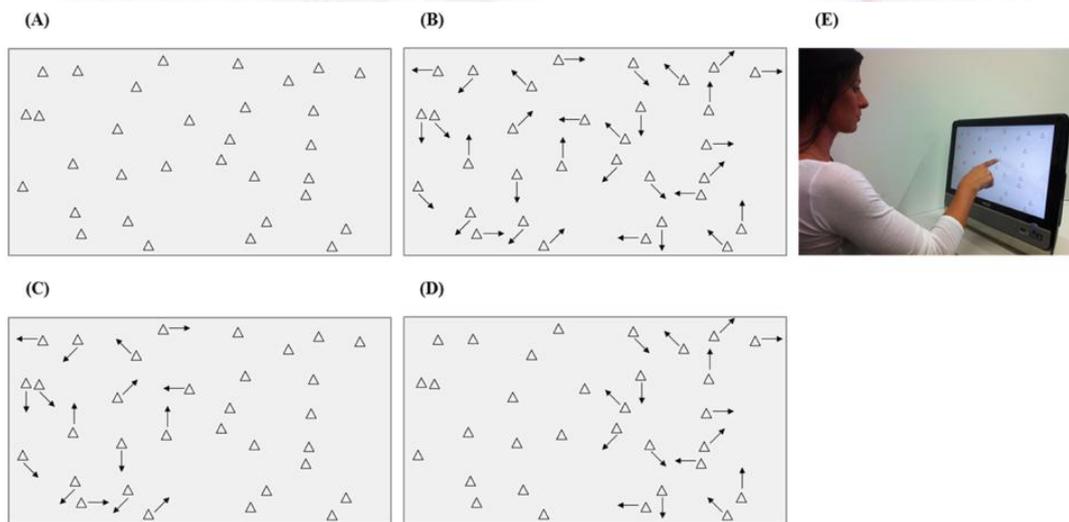


圖 9

A. 靜態：所有目標都是靜止的；B. 動態：所有目標移動（圖中箭頭代表運動）；C. 動態左：左側半屏內目標運動，右側半屏內目標靜止（圖中箭頭代表運動）；D. 動態右：右半透明內目標運動，左半透明內目標靜止（圖中箭頭代表運動）；E. 觸摸屏設備

線段刪除試驗 線段刪除試驗要求受試者將 B5 紙上隨機分佈的 40 條線段全部用筆勾畫出來。測試用紙放置在受試者的正前方，紙的中線對準人體中軸，試驗過程中不允許受試者移動試驗紙或其所坐的椅子；測試員在給受試者提前講明測試全過程後，在測試過程中不予提醒或提示，否則測試無效。測試紙一側被刪除的線段數量 $\leq 1/3$ 記 3 分； $1/3-2/3$ 記 2 分； $>2/3$ 記 1 分；紙上線段全部被刪除記 0 分。檢測結果 0 分為正常； ≥ 1 分為異常，其中 1 分為輕度異常，2 分為中度異常， ≥ 3 分為重度異常^[8]。

3 小結

刪除試驗可以用來評估個體關注刺激而忽略干擾的能力。許多刪除試驗的設計形式在刺激類型（字母、圖片和數字）、矩陣大小（行和列的數量）和矩陣配置（隨機或有組織的排列）方面有所不同。在測試過程中，受試者被要求儘快劃掉目標刺激。受試者的表現可通過不同的標準來評估，例如正確和錯誤識別的目標刺激數量，以及完成任務所花費的時間。成功的刪除作業表現需要持續和選擇性注意、視覺空間搜索、



精細運動協調等^[9,10]。根據其他研究，刪除試驗最典型的特徵之一在於它們是以自我控制的方式進行的，這意味著個人必須自我監控速度-準確性的平衡，也就需要監督執行功能的參與^[11]。因此，在完成這些測試時，需要一些基本的執行機制，例如計畫、組織、選擇相關的資訊片段和抑制無關的資訊片段。一些人口統計因素與刪除試驗的成績有關，如年齡^[12]、教育程度等。不同版本的刪除試驗長期以來一直被用於評估創傷性腦損傷、腦卒中和阿爾茨海默症等神經退行性疾病中的視組織功能和選擇性注意。

刪除試驗是個簡單、有趣的評估專案，甚至可以作為遊戲完成。但由於教科書對這部分內容沒有做詳細闡述，學生會對臨床操作產生困惑，筆者會繼續研究刪除試驗的最近進展，並對其類型、圖例要求及操作標準進行綜述，以期更好地指導學生的實踐學習。

參考文獻：

- [1]Basagni B , Tanti A D , Damora A , et al. The assessment of hemineglect syndrome with cancellation tasks: a comparison between the Bells test and the Apples test[J]. Neurological Sciences Official Journal of the Italian Neurological Society & of the Italian Society of Clinical Neurophysiology, 2017(6):1-6
- [2]Gauthier L, Dehaut F, Joanette Y (1989) The bells test: a quantitative test for visual neglect. Int J Clin Neuropsychol 11:49-54
- [3]Oliveira De CR, Luara De FC et al (2016) Use of Bells test in the evaluation of the hemineglect post unilateral stroke. J Neurol Neurosci 7:1-8



- [4]Laurent-Vannier A , Chevignard M , Pradat-Diehl P , et al. Assessment of unilateral spatial neglect in children using the Teddy Bear Cancellation Test[J]. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2006, 48(2):120-0.
- [5]Wu Y H , Rotrou J D , Jean-Sébastien Vidal, et al. The K-T cancellation test in the older adults: Normative data and construct validity[J]. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn*, 2013, 20(4):429-442.
- [6]Wu Y H , JeanSébastien Vidal, Rotrou J D , et al. Can a tablet-based cancellation test identify cognitive impairment in older adults[J]. *Plos One*, 2017, 12(7):e0181809.
- [7]Hopfner S , Kesselring S , Cazzoli D , et al. Neglect and Motion Stimuli-Insights from a Touchscreen-Based Cancellation Task[J]. *Plos One*, 2015, 10(7):e0132025.
- [8]Albert ML. A simple test of visual neglect[J]. *Neurology*, 1973, 23(6):658-664.
- [9]Brucki S M D , Nitrini R . Cancellation task in very low educated people[J]. *Arch Clin Neuropsychol*, 2008, 23(2).
- [10]Lowery N , Ragland D , Gur R C , et al. Normative data for the symbol cancellation test in young healthy adults. [J]. *Applied Neuropsychology*, 2004, 11(4):216-219.
- [11]Steinborn M B , Flehmig H C , Bratzke D , et al. Error reactivity in self-paced performance: Highly-accurate individuals exhibit largest



post-error slowing[J]. The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 2012, 65(4):624-631.

[12] Byrd D A, Touradji P, Tang M X, et al. Cancellation test performance in African American, Hispanic, and White elderly. [J]. J Int Neuropsychol Soc, 2004, 10(03):401---

單側空間忽略患者的作業治療案例分析

楊可欽 黑龍江中醫藥大學第一附屬醫院

單側空間忽略 (Unilateral spatial neglect, USN) 是一種神經心理學疾病，亦或是一種卒中後高級知覺障礙，頻發於腦血管意外。主要是指腦損傷後感覺性輸入和運動性輸出產生障礙，患者不能注意到來自對側的視覺、聽覺和觸覺的刺激。患者常出現身體和頭面部偏向健側，視覺和身體動作偏向健側，對於患側的聲音、物體乃至行動無法快速做出反應。本文以一例左側空間忽略患者為例，將其全程的作業治療與大家進行分享。

一. 基本資料

患者邢某，男，56歲，於2017年12月14日因意外摔倒、呼吸急促、頭痛，緊急送往哈爾濱某三級甲等醫院，診斷為：“右側腦梗死”。待病情穩定後，與12月26日轉入黑龍江中醫藥大學附屬二院康復中心進行治療。家屬描述“患者經常翻身坐起或



者穿衣時忘記自己的左手，頭面部、身體及雙眼注視焦點偏向右側並且對答緩慢，動作遲緩。右手為健側但卻無法吃飯，經常找不清飯菜的位置看不全飯菜，家屬著急所以每餐現在都是喂飯。”

患者為農民，生活較為寬裕。兩個子女，愛人去年因肺癌去世，現一直由大女兒照料，對女兒依賴性較強。性格開朗，喜愛聊天愛交朋友，較注重穿著，喜穿襯衫。高中文化，愛寫毛筆字。家在外地，與女兒同住在三樓的多層樓房無電梯，房間較大，裝修裝飾較為簡單。

在 2005 年因腔隙性梗塞曾入院治療，保守治療兩天後即緩解，身體未留下任何肢體及認知問題。

二. 作業治療經過

1. 初期評估（2017 年 12 月 14 日）

評估專案	評估情況	評分
Barthel 指數	大小便控制各 10 分	30/100 分 重度功能障礙
	穿衣、轉移各 5 分	
	其他均 0 分	
Fugl-meyer	上肢 35/66 分, 下肢 20/34 分, 運動總分 55/100 分, 明顯運動殘損	
Berg 平衡量表	12/64 分, 平衡功能差, 患者需要乘坐輪椅, 有跌倒的危險	
凱瑟琳-波哥量表 (CBS)	除修飾左側面部和飯後擦嘴為 1 分外, 其他均為 2 分	18/30 分中度忽略
行為忽視測試 (BIT)	Albert 化線測試	忽略左側及中線處線段數位為 60%
	二等分線測試	向右偏移 30%
COPM 自評量表	患者希望自己獨立穿衣吃飯	

1.1 作業活動障礙

①平衡功能障礙；②單側空間忽略障礙；③自主穿衣能力低下；④患者較強的心理依賴性；⑤家屬對患者日常照料過多；⑥穿衣喜好的影響。

1.2 作業治療方案制定



1.2.1 康復目標

短期目標：2 周後，邢某可以在獨立穿脫開襟病號服 3 周後，邢某可以使用加粗的勺子和防灑碗獨立進食半固體食物

長期目標：半年後，邢某可以獨自完成日常生活照料

1.2.2 作業治療計畫

①平衡能力訓練：用巴氏球和彩盤套板訓練坐位平衡，將訓練用具從健側到中線位置移動。②眼球運動範圍強化訓練：增加眼球的全範圍活動範圍，以增加因為左側空間忽略引起的眼球失用。③數字木塊敲擊訓練，將形狀為 1 到 10 的木塊從右到左放置，引導患者按照順序敲擊。④模擬進食訓練，要求從健側到患側，跨越中線訓練。⑤模擬穿衣訓練，用魔術貼改造開襟上衣的扣子，在衣物左側貼提醒閃光條。⑥引導患者對自我的認識，並在訓練時積極鼓勵，以增加信心。⑦家庭治療集體課的訓練，增強相互的配合。⑧眼球遮蔽練習：遮蓋患者的右眼以提高左側眼的注意水準。

1.2.3 宣傳教育

①教會家屬將飯菜放置於中線略偏於右側，並將愛吃的菜放在左側。

②指導家屬在患者患者左側聊天，在輪椅左側、衣服左側貼圖彩色標誌物等方法。

1.2.4 效果及回饋

兩周的訓練患者已經可以和治療師進行較為輕鬆的溝通了，患者主訴“能維持住坐位平衡，扶著人能走幾步，但總是撞擊左側門框或向左側傾斜摔倒。已經學會看不見的物體或者聲音向左側看了，但不是總能看見。”

家屬表述“與他溝通時問答時間縮短，用改裝過的勺子和防灑碗能簡單進食，病號服也已經可以自己穿了，雖然速度緩慢，仍需要簡單提醒，但進步已經很大。”



2. 中期評估第一次（2017 年 12 月 30 日）

評估專案	評估情況	評分
Barthel 指數	大小便控制、轉移各 10 分	50/100 分 中度功能障礙
	進食、穿衣、行走、上廁所為 5 分	
	其他均 0 分	
Fugl--meyer	上肢 45/66 分, 下肢 24/34 分, 運動總分 69/100 分, 明顯運動殘損	
Berg 平衡量表	21/64 分, 有一定平衡能力, 可在輔助下步行	
凱瑟琳-波哥量表 (CBS)	12/30 分中度忽略	
行為忽視測試 (BIT)	Albert 化線測試	忽略左側及中線處線段數位為 40%
	二等分線測試	向右偏移 25%
COPM 自評量表	患者希望更好的行走, 走直線, 安全一些	

2.1 作業活動障礙

①平衡功能障礙；②單側空間忽略障礙；③步行能力障礙；④就醫環境人員較多的問題；⑤需要家居環境改造的需要。

2.2 作業治療方案制定

2.2.1 康復目標

短期目標：2 周後，邢某可以在家屬或治療師小量幫助的情況下步行

長期目標：半年後，邢某可以獨自完成日常生活照料

2.2.2 作業治療計畫

①平衡能力訓練：拍球訓練、側方轉移訓練。將訓練用具從健側到患側位置移動。②視覺敏感度訓練：進行視覺追視、快速閃動物體識別訓練。③數字木塊敲擊訓練，將形狀為 1 到 10 的木塊從右到左放置，引導患者按照順序敲擊。④在使用助行器情況下輔助下步行能力訓練。⑤指導患者及家屬應用患者專用電梯及人員較少的出入口來訓練步行，避免碰撞。⑥指導家屬在患者經常行走的路上和門口貼上醒目的地面中心線指引標識。



2.2.3 宣傳教育

①步行訓練時一定要有專人照看，避免跌倒。②繼續指導家屬在患者左側聊天，在門口左側、衣服左側貼圖彩色標誌物等方法。③可適當性的穿厚實一些的衣服，以防撞到門口或跌倒。

2.2.4 效果及回饋

患者及家屬的心情很好，家屬描述“患者在有地面中心線指引的地方已經可以走直線了，左側上下肢力量增長很快，但左手做事情總需要提醒，不提醒的時候就放在那裏不動。”

3. 中期評估第二次（2018年1月16日）

評估專案	評估情況	評分
Barthel 指數	大小便控制、轉移、進食、行走各 10 分	65/100 分 輕度功能障礙
	穿衣、行走、上廁所為 5 分	
	洗漱、洗澡、上下樓梯均 0 分	
Fugl--meyer	上肢 50/66 分, 下肢 28/34 分, 運動總分 78/100 分, 明顯運動殘損	
Berg 平衡量表	35/64 分, 有一定平衡能力, 可在輔助下步行	
凱瑟琳-波哥量表 (CBS)	9/30 分輕度度忽略	
行為忽視測試 (BIT)	Albert 劃線測試 位為 25%	忽略左側及中線處線段數
	二等分線測試	向右偏移 15%
COPM 自評量表	1. 希望可以寫毛筆字 2. 不需家屬提醒完成基本的生活照料	

3.1 作業活動障礙

①平衡功能障礙；②單側空間忽略障礙；③步行能力障礙；④上肢運動控制障礙
⑤自主訓練能力不足的問題。

3.2 作業治療方案制定

3.2.1 康復目標



短期目標：3 周後，邢某可以獨立應用加粗的硬頭毛筆書寫自己的名字 3 周後，邢某 barthel 指數達到 75 分

長期目標：三個月後，邢某可以獨自完成日常生活照料

3.2.2 作業治療計畫

①平衡能力訓練：拋接球訓練、上下樓梯訓練。②視覺敏感度訓練：協調功能訓練器、模擬敲擊地鼠遊戲。③上肢運動控制訓練：上肢運動控制訓練器，飛鏢投擲訓練。④視覺掃描訓練、示值追蹤訓練、閱讀訓練。⑤本體感覺訓練：肌肉震動儀訓練、軀體旋轉訓練。⑥強迫支持療法：與每日清晨晨起清醒狀態下，將健側佩戴強制性手套，用以強化患側的應用能力。⑦日常生活能力強化訓練：洗漱、洗澡的自理能力訓練。⑧書寫訓練：初期可用加粗筆柄、硬頭的毛筆，可練習基本筆劃。⑨集體訓練：書畫作品的集體訓練增強患者的積極性與主動參與能力。

3.2.3 宣傳教育

①上下樓梯訓練時一定要有專人照看，避免跌倒。
②可指導家屬為患者準備適當舒緩的音樂，避免書寫訓練的焦慮。

3.2.4 效果及回饋

家屬描述“患者大部分的日常生活都能完成，不過速度較慢。可以用硬頭毛筆書寫大字。馬上要春節了，患者很焦慮，要求出院回家。”

4. 出院前評估（2018 年 2 月 5 日）

評估專案	評估情況	評分
Barthel 指數	洗澡 0 分	80/100 分 基本生活自理
	上樓梯、上廁所各 5 分	
	步行 10 分，其他滿分	
Fugl—meyer	上肢 63/66 分，下肢 33/34 分，運動總分 96/100 分，輕度運動障礙	
Berg 平衡量表	50/64 分，平衡功能較好，患者可獨立步行	



凱瑟琳-波哥量表 (CBS)	3/30 分輕度度忽略	
行為忽視測試 (BIT)	Albert 劃線測試	忽略左側及中線處線段數位為 5%
	二等分線測試	向右偏移 5%
COPM 自評量表	1. 春節回家能製作簡單早餐	2. 獨立日常生活的自我照料

4.1 作業活動障礙

①單側空間忽略障礙；②上肢運動及協調控制障礙；③手指精細能力差；④自主訓練能力不足的問題；⑤家居環境改造的問題。

4.2 作業治療方案制定

4.2.1 康復目標

短期目標：2 周後，邢某可以煮水餃做早餐

長期目標：兩個月後，邢某可以獨自完成日常生活照料

4.2.2 作業治療計畫

①平衡能力訓練：拋接球訓練、上下樓梯訓練。②視覺敏感度訓練：協調功能訓練器、模擬敲擊地鼠遊戲。③上肢運動控制訓練：上肢運動控制訓練器，飛鏢投擲訓練。④視覺掃描訓練、示值追蹤訓練、閱讀訓練。⑤本體感覺訓練：肌肉震動儀訓練、軀體旋轉訓練。⑥強迫支持療法：與每日清晨晨起清醒狀態下，將健側佩戴強制性手套，用以強化患側的應用能力。⑦日常生活能力強化訓練：可指導患者使用計時器或提醒卡以提高速度。⑧環境改造：保持家居環境的整潔、簡單，避免出現易碎品和尖銳物品。⑨購買洗浴椅及防滑墊，將廚房炊具做防滑輕便處理，可使用電磁爐來煮餃子。

4.2.3 宣傳教育

①獨立洗浴和烹飪時要確保已安裝防滑墊。

②如果患者獨自在家，可將手機隨身懸掛於胸前，如果不慎跌倒，及時聯繫家人。



三、療效

評估專案	初期評估	中期評估第一次	中期評估第二次	出院前評估	
Barthel 指數	30/100 分	50/100 分	65/100 分	80/100 分	
Fugl--meyer	55/100 分	69/100 分	78/100 分	96/100 分	
Berg 平衡量表	12/64 分	21/64 分	35/64 分	50/64 分	
凱瑟琳-波哥量表 (CBS)	18/30 分	12/30 分	9/30 分	3/30 分	
行為忽視測試 (BIT)	Albert	忽略左側 60%	忽略左側 40%	忽略左側 25%	忽略左側 5%
	二等分線	偏移右側 30%	偏移右側 25%	偏移右側 15%	偏移右側 5%

四、小結

腦血管意外後的單側空間忽略對患者的生活自理、學習和工作、娛樂和休閒方面都將產生巨大的影響，全方面的作業治療的應用對單側空間忽略的意義很大。

作者簡介

楊可欽，女，黑龍江中醫藥大學附屬二院主管治療師，作業治療區負責人，運動康復學碩士，國家心理諮詢師 2 級。中國康復醫學會作業治療專業委員會委員，黑龍江醫學會作業治療專業為委員會常委。



作業治療讓生活更美好

徐睿 中南大學湘雅二醫院康復醫學科主管作業治療師

很高興接到中華 OT 電子季刊的約稿，我就跟大家聊一聊我和我們的作業治療吧：記得剛畢業，我只是一名康復治療師，在科裏進行著物理治療的工作，偶爾的機會，主任問起我對工作的想法，由於工作中接觸大多數是脊髓損傷的志者，感覺 ADL 對於患者才是最重要的，不應該過多地在乎患者肢體功能的恢復。當時我對脊髓損傷的 ADL 訓練，以及通過訓練可以達到的程度都不怎麼瞭解，便憑著自己的感覺跟主任說“我覺得 ADL 方面挺重要的，應該作為患者的訓練重點”，主任便問我是否對作業治療感興趣，就這樣我開始了作業治療的求學之路。



在中國康復研究中心的學習，讓我對作業治療有了一個初步認識，逐漸可以應用一些活動幫助患者恢復功能。主動參與活動也逐漸取代了我治療中的被動活動。我帶著對作業治療的熱愛回到了科室，開始開展作業治療的工作。

中南大學湘雅二醫院最早的作業治療開展於 2000 年 4 月，主要是我科範曄老師利用古老的作業老三樣服務於志者，她讓很多沒有聽說過作業治療的患者開始接受正規的作業治療，也讓湖南的戀者逐步開始瞭解作業治療。2010 年兩位作業治療師”（我和



曹惠影老師) 加入到科室作業治療當中。在香港復康會的幫助下，新進治療師開始逐步讓老三樣向著新三樣轉變，作業治療也升始邁向了新的篇章，輔助器具、輪椅訓練、ADL 訓練，逐漸加入到了我們的治療當中可是現實很殘酷，沒有場地、沒有設備、最慘的是沒有患者。患者都不能接受這樣的治療，在患者的眼中，主動活動、ADL 這些都是手腳恢復以後自然能做的事情，患者花錢不是自己鍛煉，而是希望能夠有人幫他們活動。沒有患者需要你，沒有患者承認和認可你的治療。我有時候都在思考，我怎麼會選擇作業治療? 物理治療不是很好嗎? 何必呢

直到我們和香港復康會合作，參與《輔助器具對三名 A 級頸髓損傷患者的影響》的專案。我們去到患者家中，幫助患者完成 ADL 訓練，輪椅訓練、介入輔助器具、環境評估與改造等。患者從臥床訓練到驅動輪椅去公園散步，重新開啟自己的人生，我們才瞭解到作業治療對於志者的意義。



看到這樣的患者，我們感動了，為作業治療而感動，為患者而感動，也為自己而

感動。“終於等到你，還好我沒放棄!” 這就是作業治療師和患者的的寫照。我開始相信作業治療的意義，我開始通過各類平臺宣傳作業治療，努力讓更多小夥伴參與到作業治療當中來。微博、網站、微信、報刊等等都有作業治療師的身影。





我們策劃了許多活動，讓患者們參與其中，我們用實際行動告訴患者，功能障礙並不能阻礙我們參與生活和社會。“屬於我們的唱歌比賽”讓頸髓損傷和失語症患者練習呼吸、唱歌，使患者瞭解呼吸訓練對於他們健康和生活的重要性。



“生日快樂 Mg Siteen Birthdag Party”讓頸髓損傷患者瞭解自己製作生日蛋糕也是生日聚會不錯的選擇。當沸騰吧!餃子”讓很多患者在冬日裏感受到了溫暖，提前感受了過年的氣氛，原來過年也可以津津有味，感動就是這樣簡單，這次活動也讓國內很多地方紛紛效仿，舉行了包餃子活動。

2014年在科室舉行了實習生、進修生作業設計比賽，讓輔具設計、活動設計成為作業治療師一項技能。

利用簡單的可得的東西創造更好的設備和輔具來幫助患者治療和回歸生活。2017年7月1日，湖南OT微信公眾號正式成立，更多的湖南OT人加入到作業治療宣傳的行列當中，讓OT科普變得更簡單，更易得到。



慢慢地作業治療逐漸被更多人接受，也更多的病人願意主動參與到治療活動當中來，我科作業治療師也從 2 人組變成了 4 人組，增加了兩名 WFOT 認證的 OT 專業畢業的作業治療師楊雯和張可，其中還有一名是 MOT。療室向著越來越專業的方向前進，能夠提供的治療也越來越多。2018 年 8 月“七夕‘以花傳情，手有餘香’”活動，志者親手製作的絲帶花讓無數家屬落淚，我們體會愛，更要表達愛。

2018 年 10 月 27 日迎來了我們作業治療師自己的節日，我們回應中國康復醫學會作業治療專業委員會的號召，到患者家中開展“作業治療，助您回家”主題活動，引導並指導患者自己買菜做飯。





做這項工作越久，疑問也越來越多：OT 和 PT 有什麼區別？翻身、體位轉移到底是 OT 還是 PT 做？既然有些疾病治癒不了，為什麼還要介入 OT？手法操作 OT 到底要不要做？很多進修生問我：我們科什麼都沒有，怎麼開展 OT？這幾年從事作業治療工作，治癒了患者的同時也治癒了我們自己，成長患者也是在成長我們作業治療師自己。PEO 告訴我們分析患者，解決問題。我也經常使用 PEO 來告訴自己追求什麼：去更多的地方 (E)、做更多的事情 (O)、和更多的人交流 (P)。



我們就會成為更好的自己 (OP 作業表現)，更瞭解自己，也會改變我們的治療，我們對於志者的治療看待就會發生變化，就更能瞭解失去生活和社會對一個人產生的影響，才會明白作業治療師在患者一生當中扮演的角色和產生的影響。可怕的不是疾病，也不是最後是否能夠恢復功能，可怕的是恢復或者不能恢復之後，我不知道能做什麼，



我可以做什麼。瞭解了我們能做什麼，可以做什麼，這時關於作業所有的疑問便迎刃而解，PT 幫助你能活動，OT 幫助你找回自己想要的生活。翻身、體位轉移誰做都不重要，重要的是作業治療師讓你翻身坐起，體位轉移去幹你想幹的事情。很多疾病治癒不了，作業治療治癒了你的心，讓你從容接受這一切，讓你瞭解除此之外還有更多有意義的事情等著你，讓你利用自己還有的東西去改造這個社會和環境，讓更多的人能更好地參與進來。任何能夠幫助到我們回歸生活和社會的方法都是我們可以利用的方法，手法也一樣，只是我們要考慮，這個手法是不是可以讓患者自己完成，並且促進他更好地參與社會。可能你在一個很小的社區醫院，或者工作室，可能你真的什麼都沒有，但是我能夠幫助患者建立想要生活和參與社會的想法和目標，並且讓他逐步為此而努力，改善現在的狀況。那麼你和他都一定能夠成功，也一定會找到出路，我們看到了行為、環境、物質，我們更應該看到意志對一個人的影響。這也正是作業治療師可以帶給患者最好的東西，幫助患者不需要太多的器械，只要你們都熱愛著生活和這個社會，你就可以幫助到更多的人找到自己，回歸生活和社會。

以上這些都是我自己的一些感悟和觀點，希望我們都能找到無意義當中的意義，並且去執行它，讓它成為意義本身。希望作為作業治療師的你幫助患者的同時也能



找到自己，這不才是作業治療最大的意義嗎？很快就要耶誕節和無旦節了，借這個機會，祝大家節日快樂！2019 我們繼續前行，不忘初心！



作業治療，助您回家

顧華麗 張曉俊 中國人民解放軍總醫院

作業治療，以生活為導向，始於生活，忠於生活，最終歸於生活。每位患者來到作業治療室的那一刻，他們心裏始終盼望著有一天自己能夠恢復到正常人的生活，呼吸著新鮮的空氣，仰望著藍天與白雲，有家人的陪伴，一起過著幸福快樂的生活。這是他們內心最深刻的獨白，也是他們能夠一步步堅持在康復的道路上，永不放棄，執著前進的信念。作為作業治療師，更加明白他們這一路的努力與艱辛。在康復醫學中心主任賈子善教授的高度重視下，在技師長肖紅雨主任的帶領下，我們開展了一系列以生活為導向的活動，不僅讓患者感受到生活的氣息，重拾生活的信心。也充分體現了重建生活為本與三元合一的理念。

2018年10月24日，全體治療師和患者在作業治療室裏共同參與了一場以球類作業為主題的遊戲活動。旨在將作業訓練與日常娛樂活動有機融合在一起，在改善患者上肢功能以及ADL能力的基礎上，激發患者上下肢一體化模式，為今後治療師進行作業訓練提供指導性的經驗。並將三元合一理念合理運用在日常作業訓練中。

本次活動分為三個環節，第一個環節是“拍球接力”，在此遊戲中，我們選擇的是上肢有一定主動運動能力，手功能能





夠達Brunnstrom 二三期及以上的患者。患者可以選擇健手拍球或患手拍球。

此活動可以達到訓練患者上肢肩關節、肘關節和腕關節的協調運動，增強患者日常生活活動能力的目的。同時，出於遊戲要求，患者需要有一定的站立和走路的能力，這就充分訓練了患者上下肢的共同協調運動，優化上下肢一體化模式，與此同時，促進四肢平衡，有效恢復與生活有關的功能障礙，使他們能夠正常參與社會活動，回歸家庭。在過程中我們深刻感受到了他們對生活的渴望與期盼。



第二個環節是“你拋我接”，此遊戲在於訓練患者之間的配合，能夠有效促進患者在社會交往活動中的能力以及與他人配合活動的能力。同時，還可以促進患者之間的團結合作，對於後續的治療起到非常良好的補充促進作用。以及對於在作業治療中構建三元合一理念提供了有效的實踐經驗。



第三個環節是“眾圍傳球”，在此遊戲中，針對上肢的肩肘腕關節以及手指的抓握能力進行訓練。能夠在傳遞排球的過程中觀察到互相恢復情況，有助於患者之間進行病情的交流，激發恢復較差的患者對自身的康復欲望，起到有效的帶動作用。在活動過程中，孟叔說：“我的才藝表演是想講三句話，感謝中國人民解放軍總醫院，感謝醫院的領導，感謝醫院的治療師。”這段話深深印在每一個人心中，我們永遠記得這樣一位軍人的康復感言。感動永遠沒有間歇，一位患者在自己康復之路摸索出了適合自己的方法，為我們表演了輪椅絕技，現場頓時掌聲四起。我相信，只要永遠保持一顆火熱的心，那我們就可以重燃生活之火。



每次精心的準備，都是從患者的功能障礙程度出發，激發他們的生活熱情。為了更好地回應“以重建生活為本”以及“三元合一”理念，我們作業治療室還舉行過



其他活動，比如，以“生活能力重建”為中心的包粽子、包餃子、水果拼盤以及種植多肉活動。



根據每個患者功能障礙的不同，在遊戲中，有的患者可以單獨完成所有步驟，有的患者就幫忙托著盤子，挑水果，擇菜葉等等。





有的患者可以在治療師和家屬的幫助下完成更加高難度的任務。

以“生活方式的重建”為中心的娛樂共聚活動。我們舉辦了中秋茶話會。在月圓的金秋時節，讓一些還未及時與家人團聚的患者提前感受到暖暖的中秋之意。



燦爛光輝的 2018 年即將向我們告別，充滿希望與挑戰的 2019 年正微笑著向我們邁進。在耶誕節和新年雙節之際，2018 年 12 月 25 日下午四點，康復醫學中心全體康復治療師在主任賈子善教授和技師長肖紅雨主任的帶領下舉辦的“醫患同慶，康復同行”聯歡會在運動治療室順利舉行。



活動開始由主任賈子善教授回顧過去一年康復科的收穫與成果，展望新的一年康復科的美好藍圖，並借此雙節將至之際，為大家送上暖暖的祝福。



圣诞快乐



自此活動正式開始，絢麗多彩的開場舞、溫馨深情的詩朗誦、歡笑陣陣的雙簧小品、柔情舞動的手語舞蹈等活動將聯歡會的氣氛發揮到了極致，大家在熱熱鬧鬧、開開心心的歡笑聲中度過了一個美好的新年。技師長肖紅雨主任的深情祝福，也給我們留下了暖暖的記憶。





在活動中，我們看到了的患者的進步與自信，看到了他們久違的笑臉。患者們的表現也帶給我們不斷的驚喜與感動，同時進一步加深了患者與患者之間、患者與家屬之間、患者與治療師之間的情感，也更加堅定了我們在康復路上前進的決心與動力。醫患團結一家親，攜手共進戰病魔。新年伊始，方興未艾，讓我們繼續發揚綠葉精神，齊心協力，與康復同行！



我們都知道，不同病人的病變部位與程度不同，恢復程度以及配合程度都各異，這每一步的問題，都深深影響著我們治療師能夠給予患者多少程度的幫助。我們希望舉辦的活動在內容上能夠起到幫助病人恢復功能障礙的作用，主題上能夠使病人覺得有趣生動，積極參與，宗旨上能夠符合我們作業治療以生活為導向，注重重建生活能



力的功能性訓練，意義上能夠給予治療師以啟示，啟發未來的治療師更好地借鑒先前的經驗為患者服務，行動上能夠促進患者與治療師之間的醫患關係良好發展，有利於患者配合治療師，共同進步。

活動並不是真正的目的，我們的最終目的，是希望每一位患者能夠恢復日常生活能力，用正確而積極的心態面對生活，完成我們對生活意志的重建。



301康復醫學中心

有這樣一個人，她的康復意志一直感動著我們。一位 30 歲的腦癱患者。剛到作業治療室的前幾天，她一直都是鬱鬱寡歡、悶悶不樂的狀態，除了自己的治療師以外，她不理任何人，治療了一段時間之後，她慢慢地開始學著說話，漸漸開朗起來。因為自小發病，她幾乎是不識字的狀態，卻為我們完整地唱出了一首原本很複雜的歌曲。當時在場的每一個人都感動地落下





了眼淚，肖主任當時熱淚盈眶，久久未能釋懷。她的意志令我們每一個人敬佩，直到現在，不管颶風下雨，她都一如既往地來到作業治療室，她說過：因為在這裏過得很快樂。

我深切感受到作業治療不僅僅是針對患者功能做出康復訓練，更要學會與患者溝通交流，達到重建生活意志，重建生活方式，重建生活能力的三元合一。

雖然我們的活動形式相對簡單，但帶給我們的驚喜與感動卻接連不斷。平時身體情況處於穩定期的患者，都可以去病房附近散步。在他們臉上，我們看到的是幸福與自信，他們敞開了因疾病而緊閉的心靈之窗，與我們一起重新沐浴溫暖的陽光。這是患者與家屬的積極配合與支持的結果，鼓勵著我們有更多的動力和信心，在康復的道路上與患者一起並肩作戰、攜手前行，永不言棄。作業治療，助您回家。

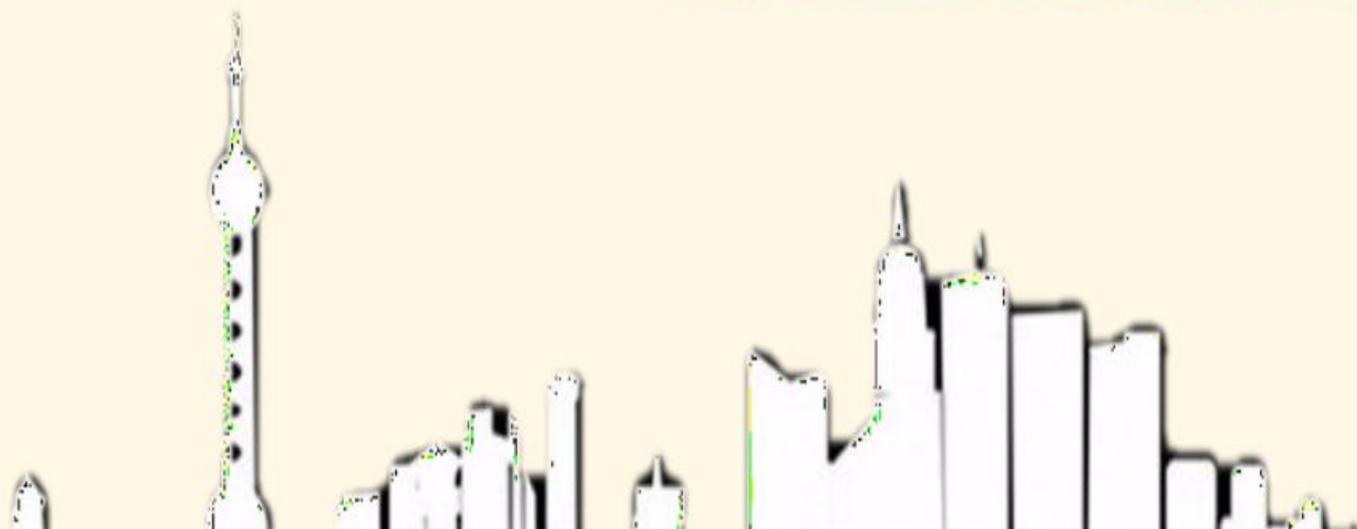




OT之光—

团体治疗的魔法攻击

上海市养志康复医院康复治疗部作业治疗科





眾所周知，作業治療的作用不僅僅局限於自理能力的引導，我們常常會開展團體治療來滿足患者更多的需求。相比之下，團體治療會更具多樣性，同樣會給治療帶來很多意想不到的驚喜，正如平安夜裏我們永遠猜不透襪子裏裝的是什麼。

這一年我們依舊嘗試了各種類型的團體治療，有病區定時舉辦的，也有傳統節日主題的，有作業治療日專屬限定的，更有針對特定目標人群相關的大膽猜測。在此我們選取了一些標誌性的團體活動作為分享案例。



梅雨时节，与你相遇



在發展較為長期穩定的團體治療中，我們進行了很多活動。我們曾為了一位患者重溫兒時的回憶，治療師特地學習了芋圓的做法，並為此制定了一套專屬活動方案，邀請了數位其他患者一同進行芋圓的製作，當日在治療師的引導下，患者各展所長，主



持人，展示人員，製作人員，烹煮人員以及攝影人員、保潔人員，為這位較為特殊的患者圓了一個小小的夢想，也讓其他患者體驗了不同風味的美食，更提升了自我效能感。我們同樣認為，“心願”對於患者來說，是站在患者認知域頂端的高層社會認知，因此“心願”對於患者來說具有不同與其他目標的強大動機，而作業治療在誘發患者主動性時，對願望的美好期許會創生出治療過程中難能可貴的“信念”，也許會牽動其他障礙因



素，引發令我們驚喜的連鎖反應。



清涼端午，粽想一夏



在節日來臨時，很多患者由於身體原因未能回家與家人團聚，我們同樣如約舉行了包粽子活動，此次我們還在參與人群中邀請了一位製作嘉興粽子的專業人員來作為此次活動的發起人，由於粽子形態的多樣化，在活動前我們徵集了參與人群的製作意



願，最後得出蛋黃肉粽得到大多數患者的青睞。此次參與人群大多為卒中類別的患者，製作粽子既提高卒中患者的雙上肢協調性及手的靈活性，又屬於日常生活活動訓練，貼近生活，幫助患者重新建立回歸家庭及社會的信心，符合作業治療理念。此次活動的舉行，試探出了諸多患者的社會性活躍度，為其往後的治療目標提供了諸多可貴的指引。



作业治疗，助您回家



在作業治療特定的節日裏我們同樣舉辦了較為限定的活動，患者重返家庭分享活動與多病區患者外出活動。在患者分享活動中，我們選取了從未歸家、即將歸家、初



次歸家、多次歸家的患者。在從未歸家的患者演講中，我們能更為真切的體驗到歸家的迫切感；在即將歸家的患者演講中，我們認識到了在臨近出院兩周的返家宣教中我們更應注重哪些方面；在初次歸家的患者演講中，更能體會到患者帶給其他人的喜悅感，更堅定了他們重返家庭的信心；在多次歸家的患者體驗中，我們能認識到重返家庭的不同階段，患者針對特定活動的滿意度與重要性發生了一些奇妙的變化。此次活動舉辦的出乎意料的成功，全場座無虛席，更為一位當日 30 歲生日的患者舉辦了一場平凡而有特殊的生日會。在這場思緒萬千的交流會上，我們又捕捉了諸多患者埋藏在心中的期許。



在數日後的系列活動二中，我們帶領了有外出意向並滿足基本條件的患者群體浩浩蕩蕩的步行前往一公里外的大型購物中心，選取此處的理由十分充分，工作日人流稀少，路面寬闊，工作人員配備對講裝置可以為突發事件提供高效的溝通途徑等等，為此我們特地提前與該家購物機構做好溝通工作，工作人員用開放與專業的職業素養向我們體會到了社會對大健康環境的關注。由於參與人數眾多，我們制定了開展團體活動以來最為周密的安全部署與策劃，並更是體現了作業治療專業的年輕活力，為了給患者創造更好的外出環境，我們願意做最詳盡的策劃最大化滿足每一位參與人員的



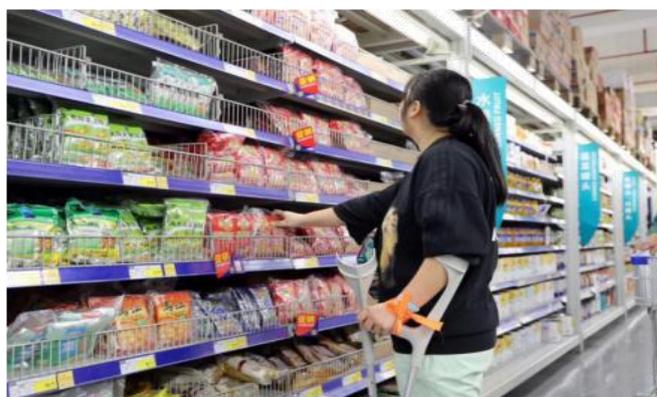
意願，這一大膽的舉措更是印證了這樣一句話，“OT 待明日，萬事成蹉跎。”



推陈出新，乐享不停



我們同樣嘗試了近年來較為新穎的治療方法，在團體治療的過程仲介入音樂的元素，更是給我們帶來了諸多“彩蛋”。在新領域上，我們的探索也給我們帶來了很多啟發與引導。在其中一次團體活動中，總時間長達 80 分鐘的音樂小組課程開展的讓我們覺得意猶未盡，前期的策劃，備課，邀請函和問卷的製作，訓練設備和患者的選取以及安全部署，前期投入的準備較任何一次小組活動都更加充分。同時也給予了我們諸多啟發。令我們驚喜的是，這次家屬沒有過強的保護欲，反而讓參與者之間多了更多



包容與交流。值得提及的是一位有心境障礙的患者在如此陌生與複雜的環境下都沒有表現出一點點不良反應，（反而還去告知其他參與者不可以哭）並且活動中一直有一位熱心患者在很耐著性子的帶著她一起做任務 準備環節與自我介紹環節進行的都很順利，一位 broca 失語的患者能看得出他在很努力的想證明自己，說了好幾句短句，說到愛好時一直在指旁邊的電視。同時我們也認識到了諸多不足，真正的遊戲環節反而暴露出一些參與者身上我們之前沒有篩查出來的潛在障礙，但也捕捉到了平時看不



到的優質表現。活動始終沒有人出現任何的行為異常（只有一位年輕的女性患者提前離場，因為她覺得如此樂觀的氛圍會讓她一時間覺得格格不入）。音樂的介入說起來簡

單，之前只認為是被動接受，但隨著後來的不斷認識，發現實施起來真的事無巨細，有了第一次嘗試，我們會將納入標準思考的更細化，也考慮按照一定的情況進行分組，更要考慮到患者平時治療中流露出的態度與微表情。



對於團體治療，我們認為在團體治療中將患者分散成更小的全體進行“同心圓”模式的進行方法也值得一試，鼓勵多多交流，互相鼓勵，多提組內意見，從而加強患者的社交能力，更可以安排一些較為簡單的觀摩會，邀請自己的陪護人員觀看自己團隊的表演，參與度較



高的患者擔任組長，其餘的成員擔任其他職務，各司其職，從而增加患者的自我效能感。同時活動的記憶也會較為深刻的印在腦海中，我們應當把記憶認做是動態的，而不是像硬碟編碼一般靜靜躺在那裏，記憶應該被看成是社交技能的紐帶，從而不斷的創生出新的技能與技巧。



陽光 OT

除此以外，當我們進行團隊治療時，不能將目標局限於提高手部精細活動能力或協調能力上，因為很多參與度較低的患者也許並不能從一場人聲鼎沸的活動中尋找到什麼，因此，活動的重點不應當在於提高何種功能，而在於能給每一位患者帶來何種幫助。例如專注於執行功能障礙、記憶力、注意力與主觀想像能力的靶向性小組治療，會在療效上比娛樂性小組治療更具直觀性。並且在活動環節的設置上，務必要將每一位患者都標上“高光”，都擁有提問與主動思考的機會。對於治療師而言我們更需要



作為紐帶將活動緊緊聯繫在一起。以飽滿的情緒，持續的語言信號來引導患者能夠使其更好的進行功能重組，使得活動記憶更為長久、深刻。



“陽光 OT” 陸佳妮 康復治療部副主任

婁小語 作業治療師

團體動力學理論在團體治療中的應用

吳乾利 陳晶晶 羅莎 朱毅

團體動力學這一概念由美國心理學家庫爾特·勒溫於 1939 年首次提出。這一術語的基本含義：“就是要把團體作為一種心理學的有機整體，並在這種整體水準上探求團體行為或人的社會行為的潛在動力” [1]。行為科學家在過去六十多年來發展團體動力學知識，對於瞭解團體如何運作有著非常大的貢獻。這些知識來自不同的理論基礎：精神分析、心理學、行為理論、認知行為理論及近期的系統理論[1]。團體動力可被定義為影響成員之間互動關係的一種力量，而且其最後會影響團體的結果。作業治療師在進行計畫與團體介入時要瞭解這些力量的重要性[2]。本文將結合一個具體的團體治療案例對團體動力學在作業治療中的運用進行深度解析。



一次應用團體動力學理論完成的小組治療框架

本次團體治療的框架主要參考《團體動力學在職能治療中的應用》中的團體領導七步驟形式（7個步驟分別為：1. 介紹 2. 活動 3. 分享 4. 處理 5. 概化 6. 應用 7. 總結。）及相關文獻研究得出，一次作業治療活動應用到的團體動力學知識包括：一、團體治療成員選擇；二、介紹；三、介紹本次團體活動的目的與內容；四、活動內容；五、回饋與評價；六、團隊成員的心得分享；七、總結。

一、團體成員選擇

團體治療小組成員由以下人員組成：1名醫生、2名康復治療師、2名實習生、3名患者及3名患者家屬。

挑選1名康復治療師作為本次團體治療的領導者，該領導者應對團體負有主要責任，即設計團體。在設計團體規劃階段，包括挑選成員，明確各個成員的職責，設定或確認目標、規定時間和地點、挑選活動或媒介（其他工作人員一同協助）起到至關重要性。

患者也由本次團體的領導者來挑選，均符合以下條件：1. 海南醫學院第一附屬醫院康復醫學科住院患者 2. 腦卒中發病6個月內 3. MMSE 評分>15分，輕度認知功能障礙患者 4. 排除嚴重的軀體疾病，失語患者必須能滿足基本交流；5. 自願參加並願意遵守此次團體活動規定。

二、介紹

在作業治療師領導團體的初期階段，作業治療需瞭解患者的基本資訊和功能障礙以及參加團體訓練的目的。團體成員之間可能不認識，因此團體成員集合後，治療師應向大家做自我介紹。該介紹包含治療師姓名、職務及即將開始團體活動的名稱，並



對每位成員的出席致謝。接下來是團體成員間的自我介紹並相互問候，即暖身。

暖身是一種抓住團體注意力的活動，即使他們放鬆，讓成員預備好接下來的團體活動。其並不需要任何正式的活動，它只需要隨性聊成員熱衷的某一話題^[2]。領導者詢問大家問題：如大家覺得每天的康復訓練辛不辛苦啊？患者 A 回答說：辛苦，比上班還辛苦！其他患者也跟著參與討論起來。患者 B 說：康復專案好多，做完一項又趕去做下一項，日程排得滿滿的。隨後家屬之間也頗有同感，大家都參與其中，患者與家屬之間產生了共鳴。簡單的問題一下子就激發了患者與家屬參與交流的熱情。治療師拿出這些問題與患者交流，患者在感覺放鬆的同時也拉進了大家的關係，交流者之間的親切感油然而生。從而使接下來進行的活動，患者能夠更好地融入其中，這也是進行此類團體活動的一個通用技巧。



暖身活動—患者积极参与

情緒調整：選擇適當的暖身活動以產生相應的情緒雖然很重要，但只暖身活動是不夠的。活動環境、治療師的面部表情和說話方式及使用的媒介均有助於團體成員情緒的準備^[2]。這次團體治療開始之前，治療師首先觀察事先環境準備是否妥當，包括



適當照明、移除周圍雜物、檢查好本次活動的桌子、椅子、用具及茶點,並盡可能的移除使人分心的物品。

三、領導者開始介紹這次團體活動的目的與內容

1. 團體活動的目的：（1）幫助患者改善心理情況，抒發成員的情緒；（2）提高患者認知功能；（3）重塑患者的自信心。
2. 團體活動的內容，包括活動專案的安排、工具及過程。

本次團體活動的過程 90 分鐘，三項活動每項活動 25 分鐘，回饋 5 分鐘，分享 10 分鐘。

例如：一項改善患者計算力的活動。治療師說：“接下來我發 10 張撲克牌放在大家面前，然後我說一個數，大家就開始在撲克牌裏面找出我說的數字點數是兩張牌點數相加的和，並且把兩張牌拿出來放在其他牌前面，在規定的 10 秒鐘內完成。如果結果正確我們治療師將獎勵小禮品一份，結果錯誤的大家可以選擇唱首歌、分享最近令你比較開心的事情或讚揚家屬的話。”

四、活動內容

第一項活動：計算題：治療師給患者 10 張牌，然後說一個數字。患者從牌中找出兩張牌的點數相加等於治療師所說的數字並在規定的時間內完成，正確的給予小獎勵，錯誤的給予小懲罰。過程中患者的答案有對有錯，對的患者拿到小禮品心情愉悅，錯的患者有的後知後覺，感到惋惜。在懲罰的過程中有些患者選擇唱歌，而這一過程家屬與工作人員都跟著唱，大家都非常開心。



计算力项目一算点数



小惩罚一成员陪同一起唱歌

第二項活動：看圖描述：根據患者的認知功能障礙問題給予患者相應的圖片，讓患者來描述圖片中的內容，描述過程包含人物角色、進行什麼活動、進行活動的詳細方法，患者回答的過程中家屬可以給予提示。回答過程中患者出現緊張的情緒，描述的內容有偏差，在治療師的引導下可以向家屬尋求幫助並完成。

● 患者看图描述



● 患者问题讨论



第三項活動：問題討論：治療師提出的問題是：“如何預防再發腦卒中的發生？”，這個問題首先治療師自己先回答，接著引導患者回答。有患者的答案為：“減肥、鍛煉”，也有患者答案為：“吃清淡的食物，不吃肥肉了”，還有患者的答案是“不能



生氣激動，不然血壓會高，就容易中風”。在回答過程中治療師給予補充，提高大家對疾病的認知，接著大家各抒己見，其樂融融。

五、回饋與評價

在整個活動過程中，對於患者的疑惑或是患者在回答問題時出現的偏差，治療師都進行了及時的解惑和糾正；對回答積極、問題回答正確的患者進行了充分地表揚和獎勵；對回答錯誤的患者進行小懲罰，懲罰過程需患者樂意接受並有趣地進行。這些措施都保證了活動的順利進行。

六、分享

完成活動後，每位參與者分享參加這次活動的收穫，有的患者說：“以前自己心情挺壓抑的，通過參加這次活動感到心情愉快，覺得這樣的學習方式很好”；有的患者說：

“通過這次活動，以後會樂觀積極地對待自己病情，也深刻認識到身邊親人和工作人員對自己的付出並表示要多多珍惜”。最後治療師也表達了自己喜悅的心情，並感謝大家對這次活動的支持。



患者分享自己的收穫

七、總結

總結是強調團體活動最重要的部分，使成員正確瞭解並記住。本次活動產生許多討論



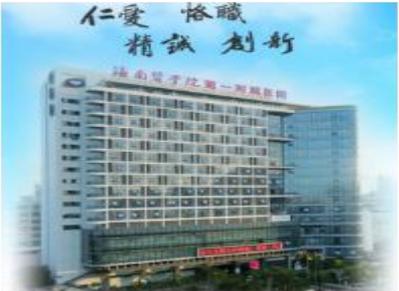
和有趣的環節，使成員之間變成同一團體並彼此產生信任。讓每個成員都能更好地抒發自己的情緒，當面對困難的時候能夠向身邊的人尋求幫助。最後要求成員做簡單的總結，哪怕是簡單的謝謝也要要求各位成員參與，工作人員對本次治療活動進行了整體的評價及感謝各位成員的參與。患者則用簡單的言語和笑容來肯定這次的活動。

結語

本次活動雖然能有效地抒發成員的情緒和對疾病的認知，但並不能有效體現對認知功能的有很好的療效。由於本次團體治療是本科室第一次開展，關於團體活動的設計缺乏經驗，導致活動設計嚴謹性不夠。在活動進行過程中，患者在回答問題時，有些患者可能會出現緊張和躲避等現象，對此工作人員應積極引導和鼓勵互動，來提高成員的信心。本次活動有效的改善了患者的心理問題，豐富了精神生活，增強了生活信心，使其更好更快的融入社會生活中。團體動力學知識在這次活動中起到了探索作用，為今後活動開展奠定了基礎。

參考文獻與書籍：

1. 劉偉.團體動力學在作業治療中的應用研究【J】.實用臨床護理學雜誌, 2017, 46(02): (186-187) .
2. 原著 Marilyn B.Cole.譯者：汪翠滢,李伯森,劉靖璿.《團體動力學在職能治療的應用》.2014年3月10日，第二版.



作者简介

吴乾利 海南医学院第一附属医院 主管治疗师
海南省医学会物理医学与康复专业委员会神经康复组组长
海南生运动医学会理事
海南省卫生学校专业建设指导委员会
康复技术专业建设指导委员会委员



腦外傷後意識水準的評估

伊文超 江蘇省人民醫院康復醫學中心/南京醫科大學康復醫學院

2018年12月1日南京 ISPRMDC 峰會上，本人有幸翻譯德國 TBI 專家上海國際醫療中心 Paul Schoenle 教授的一場演講——關於意識的評估：什麼是意識、顯性意識和隱形意識的定義、臨床上常用的神經生理學評估方法。意識障礙是腦外傷患者早期常見的康復問題之一，瞭解意識的評估對早期作業治療介入有至關重要的作用，可幫助臨床作業治療師輔助判斷患者的功能狀態，對家屬及照顧者進行合理宣教，配合康復團隊實現預期康復目標。

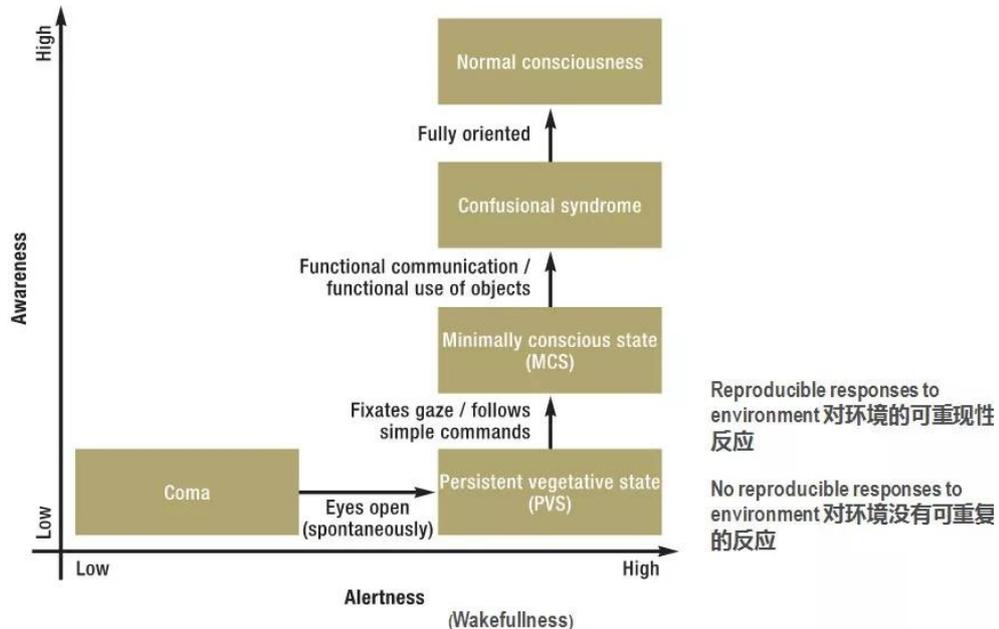


圖 1. 腦外傷後覺醒程度與意識水準的恢復

嚴重腦外傷後，患者的覺醒程度和意識水準開始逐漸恢復（圖 1），自起初的昏迷狀態（低覺醒程度低意識水準）到正常狀態（高覺醒程度高意識水準）之間會經歷不同的恢復階段，那麼如何判斷患者的意識水準究竟位於哪個階段呢？如果 ICU 中躺在



你面前的患者，呼之不應，沒有任何主動動作，是否就可以認定他處於低意識水準的昏迷或持續植物狀態（Persistent vegetative state, PVS）？

研究表明，即便是再有經驗和權威的專家，僅憑臨床觀察，都可能會會有 1/3 的幾率誤診^[1]。因為這些觀察通常是利用生理活動這個維度上的表現來判斷意識的恢復水準（見圖 2）。從無任何反應，到出現反射性反應（如視覺上面對危險時的眨眼反射、聽覺上 90 分貝的玩具青蛙在耳邊發出突然聲響、觸覺上用小錘子輕敲眉中），到出現適應性反應（給予 10 次上述刺激，每次 1 秒鐘，觀察患者反應；若患者不再反射性眨眼，說明他已經具備初步的學習能力），到更高級的背景、情景性活動（能夠在環境中產生恰當的行為），到投射性預期性活動（做一次出行計畫或者出席一場約會），到意識水準的完全恢復，均是從身體維度這一層面進行意識水準判斷的方法。

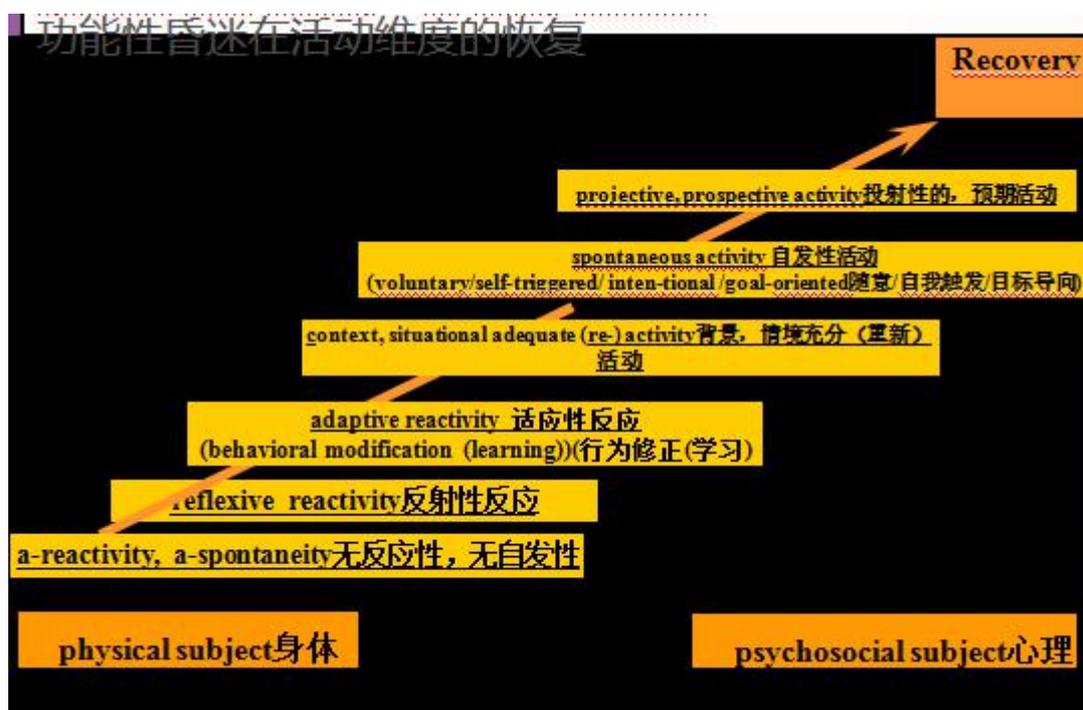


圖 2. 身體維度意識水準的恢復過程



但如果早期沒有這些身體維度的行為可供觀察，是否確定沒有意識恢復呢？並不能。一個完整的人的評估，應包括身體維度和心理維度兩個層面（圖 2）。身體所表現出來的行為，是可以觀察到的，我們稱為“performance”（表現）；但有時候身體因為各種原因（中樞抑制、肌肉無力等），無法表現出可觀察到的行為，不代表就沒有意識；而這種看不到的內在處理過程，是隱形的意識行為，稱為“competence”（能力）（圖 3）。表現和能力這兩個詞，我們也在 ICF 中也曾提及，二者不一定是一致的。所以我們有時候可以通過一個人的表現，來推斷他內在的意識/表現背後的思維過程；但有些時候，是不可以的，因為也許他具備內在處理的能力，但沒有外在的表現。



圖 3. 能力（隱性意識）和表現（顯性行為）

那麼，是否有辦法窺探到一個人是否有思維活動？

若我們給予大腦一個輸入（感覺傳導系統），它能夠產生相應的輸出（運動傳導系統），那麼說明大腦對輸入進行了加工（中間的處理過程——隱性意識），是有意識存在的（圖 4）。所以，若我們能直接檢測到相應的運動輸出（右側柱的



最下方的檢測方法），那麼便可推斷有中間的加工過程——即有意識存在。但有些昏迷病人，可能因為力量太弱，聽到指令“動一下胳膊”的時候，可能沒有任何可觀察到的動作，但若我們給予 8 通道肌電圖，儀器可記錄到有收縮的肌電，那麼便可以直接判斷有意識存在，便不需要再進行其他評估。或者請患者最親 / 熟悉的人，到床邊和他說話或者放他喜歡的音樂，他的呼吸、心跳有緩和，也可以說明意識存在。這些記錄方法都非常便捷。

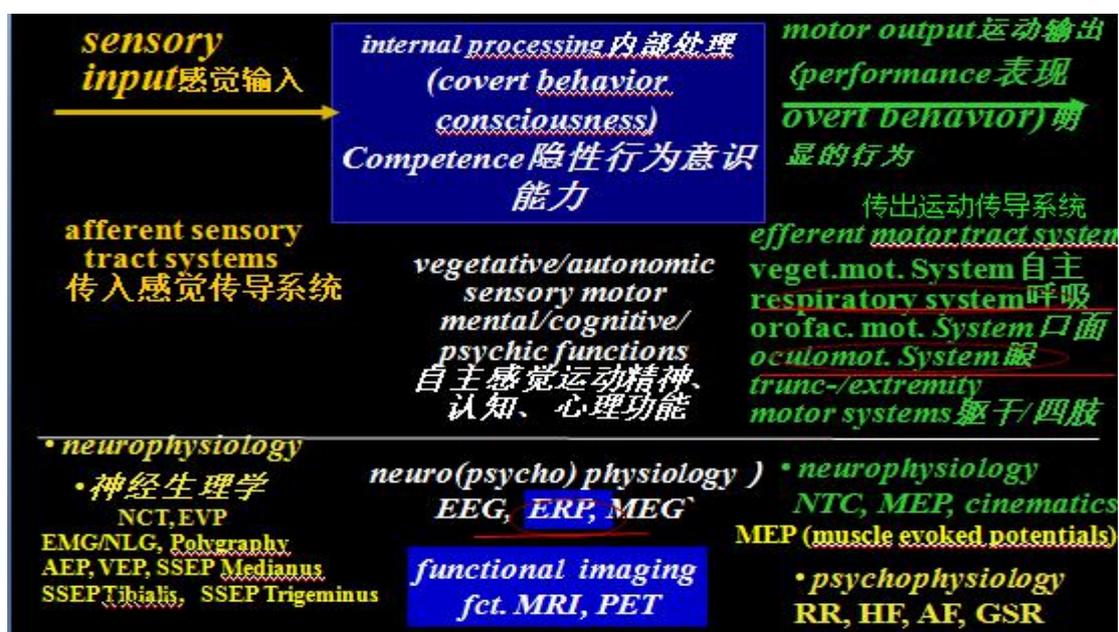


圖 4. 行為的產生及相應檢查方法

若這些傳出通道都沒有反應（顯性的行為沒有），也並不代表患者處於無意識狀態。如果能確保感覺傳入通道是完好的（圖 4 左側柱最下方的檢測方法），那麼我們還可以直接監測中間的處理過程——隱性的意識（中間柱最下方的方法），來判斷意識是否存在。



Overview on the diagnostic routine program of neurophysiologic tests in our clinical setting for investigation of patients in VS and related states

Procedure	Parameters	Clinical objectives
Longterm-EEG	Frequency spectra, frequency peaks, relative power per band, variance of amplitude	State of consciousness fluctuation of vigilance; sleep/wake rhythm, epileptic activities
Event-related potentials	Amplitude and latency of components: <ul style="list-style-type: none"> - N100 - Mismatch negativity - Processing negativity - P300 - N400 - Slow wave - CNV 	Cognitive functions: Consciousness, attention, perception, memory, language, learning <ul style="list-style-type: none"> Automatic detection, selective filtering Automatic discrimination Selective processing Controlled processing of stimuli Semantic processing of verbal material Long lasting processing Attention control
Blink reflex	Amplitude	Habituation
EEG- and ERP-Mapping	Amplitude maps over time or frequency	Topography, localization

圖 5. 常用的床邊意識評估方法

腦外傷昏迷患者行特殊影像檢查多有不便，而下列檢查方法簡便易行，適合在床邊進行（圖 5）。我們可以首先通過 24 小時或 48 小時腦電圖的頻譜，判斷患者覺醒的狀態、覺醒睡眠週期是否建立等；事件相關電位中，不同時刻的波幅和潛伏期，都可以給我們不同大腦資訊處理的提示。

其中 N100，提示大腦已具備自動監測功能；若有適應性反應出現，則可作為早期學習的標誌。表明若給予患者刺激，患者可接收到。

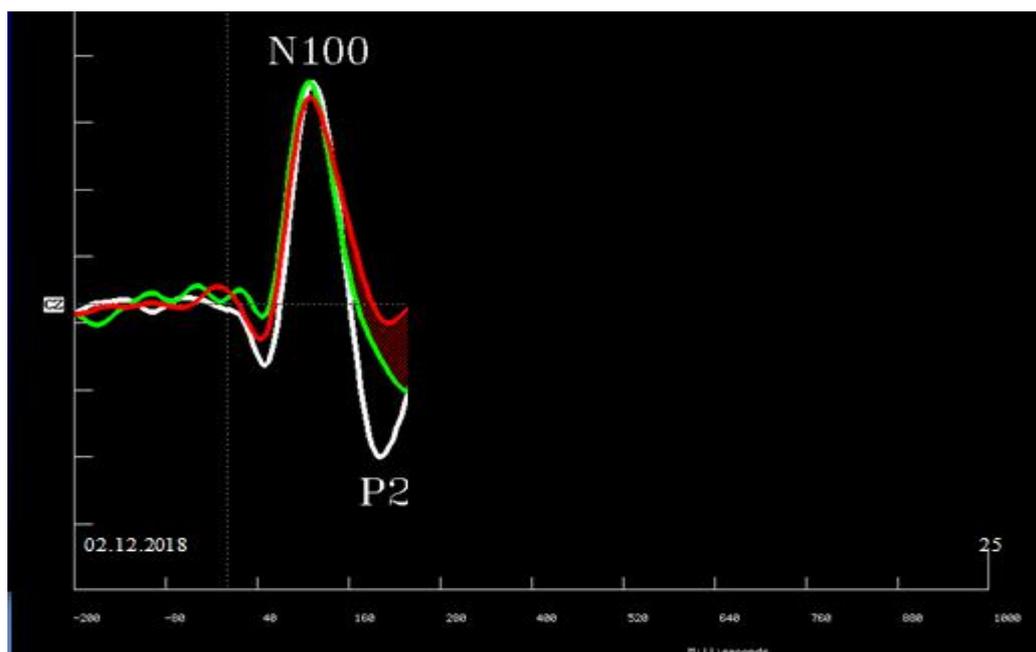


圖 6. N100



不匹配負波 P2 (圖 7), 是給予兩個不同頻率的刺激 (Stimuli deviating in a series of identical (80% 1000 Hz, 20% 1500 Hz 600tones, ISI 400 msec, duration 50 msec), 200 毫秒後出現負波, 大腦若能夠辨別出來, 則提示具備自動識別能力。

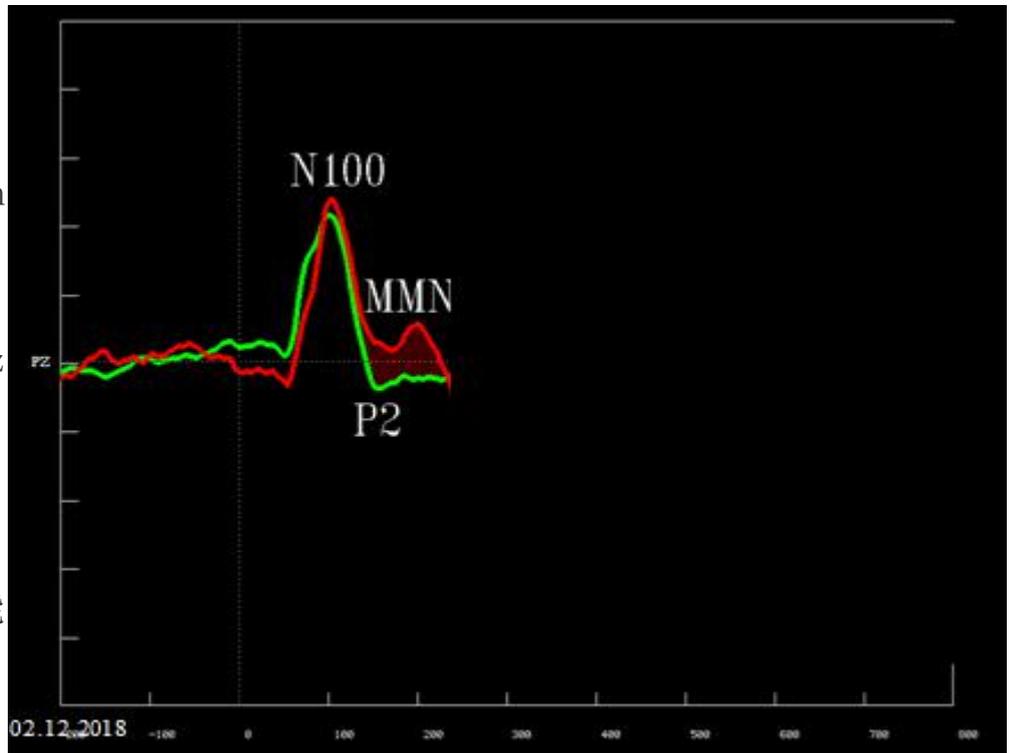


圖 7. P2

P300 (圖 8), 刺激 350 毫秒後出現的正波【Series of identical background stimuli (frequent tone), occasionally rare target stimuli to attend to (oddball paradigm)】, 代表對刺激的有控制的處理 (圖 9)。

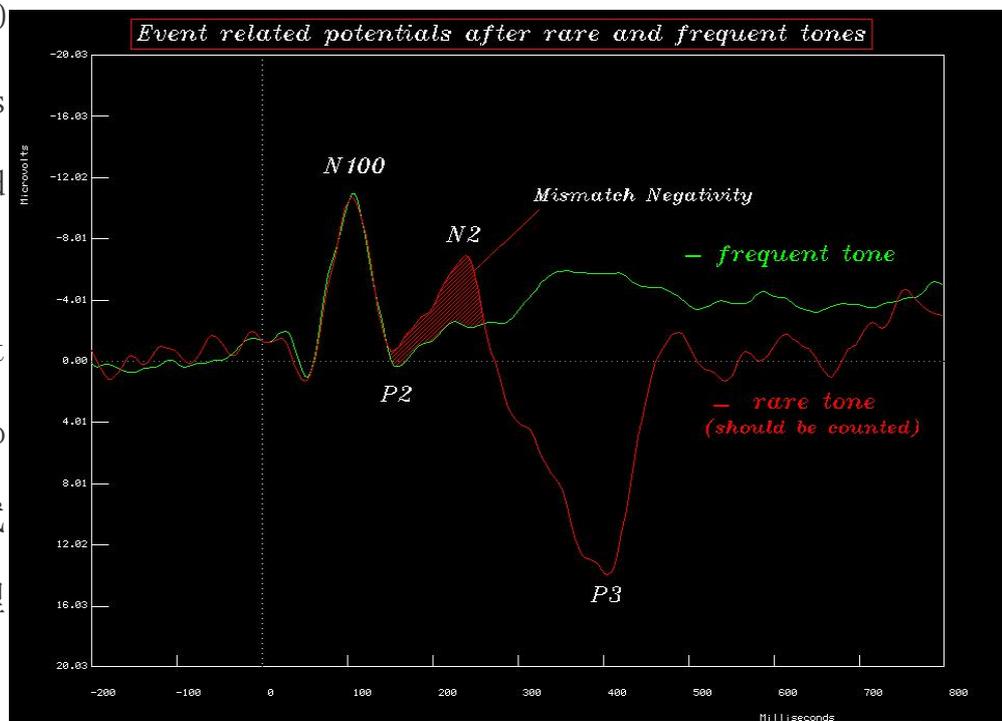
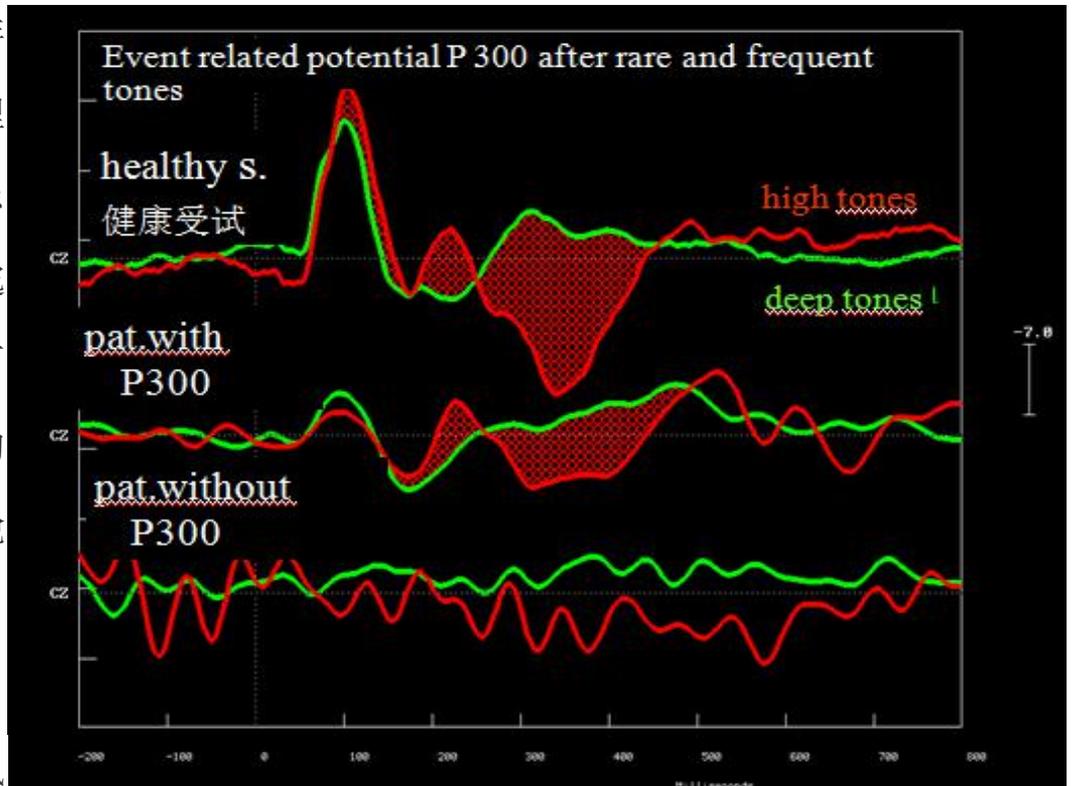


圖 8. P300



N400 是一個非常深層次意識處理能力的提示，代表患者具備對語義的處理能力（圖 10）。下圖為健康受試者的 N400。比如跟病人說“咖啡太熱不能喝”是正常結尾；而說“咖啡太熱



不能飛”則是一句錯誤的結尾，正常人對錯誤結尾的反應在誘發電位上會有所表現，波幅會出現明顯的負向偏轉。

圖 9. 健康人、有 P300 的患者和沒有 P300 的患者

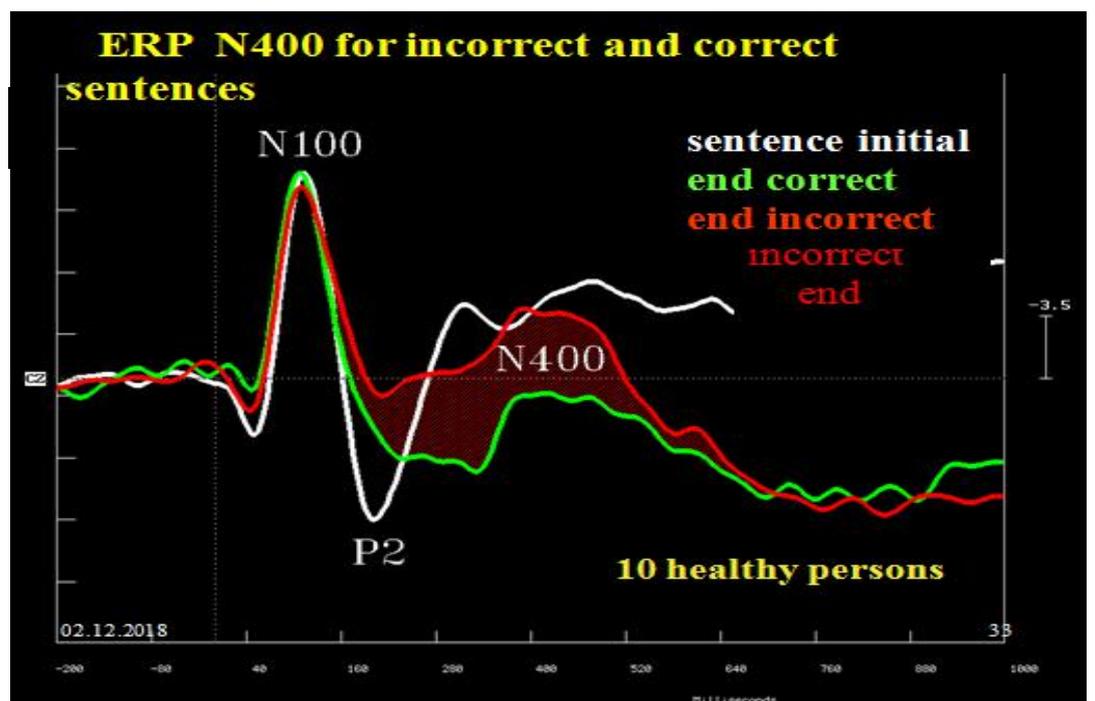


圖 10. 正常受試者的 N400



那麼我們可以通過監測一個病人不同時期 N400 的變化，來判斷其意識恢復的進展情況（圖 11）。前面的幾個檢查，只能說明患者能接受刺激，能辨別刺激，但 N400 則更高級，說明患者能理解刺激。N400 有很好地功能預後判斷作用，若早期出現該波，則可提示患者遠期預後良好。

俗語說，無評估不治療，意識水準的評估對作業治療師進行腦外傷患者預後的判斷和當前治療策略的選擇都起至關重要的作用，不可小覷。腦電圖和事件誘發電位相較功能性磁共振、彌散張量成像等影像學檢查更簡單實用，是臨床腦外傷工作者需要掌握的必要技能之一。希望通過此次分享，與大家共同關注意識障礙的評估，對服務對象進行精准判斷精准治療。



圖 11. 同一病人不同時期 N400 的改變

圖片來自 Paul 教授發表的文獻和會議發言幻燈，未經同意，請勿轉載。

基于镜像神经元理论的动作观察疗法和镜像疗法在脑卒中作业治疗中的应用

首都医科大学宣武医院康复医学科

腦卒中是全球長期殘疾的主要原因。大多數卒中患者的上肢運動功能受損，在腦損傷6個月後手臂的恢復最小。由於腦卒中有許多潛在的負面影響，因此在臨床實踐中開發一種有效的和特定的腦卒中干預來改善手臂功能並探索相關的神經機制是至關重要的。

鏡像神經元系統

鏡像神經元系統（mirror neuron system, MNS）的發現改變了我們對人類理解方式的認知，其儲存了特定行為模式的編碼，是觀察者理解其他個體動作的神經生理學基礎。鏡像神經元分佈在不同的腦區，構成了MNS，該系統能很好地統一動作感知與動作執行。人腦中主要存在兩個鏡像網路，分別稱為頂額鏡像系統和邊緣鏡像系統，前者由Broca區、運動前皮質腹側、中央前回下部、額下回後部及頂下小葉嘴側等構成，後者由腦島、杏仁核、前額葉皮質等構成。最近的研究表明，其在動作理解和模仿、運動想像及運動學習等重要的神經生理過程中起關鍵作用。MNS提供“觀察—執行匹配機制”，對理解人類思維能力的起源及人類文化的進化具有重要意義，同時也為運



動想像、鏡像療法、虛擬現實技術、腦機介面技術等康復療法和康復技術提供了重要的神經機制。鏡像神經元的首要作用在於理解他人的行為，而非僅對觀察到的動作進行反應。除了視覺資訊，與動作相聯系的聽覺資訊同樣可以啟動鏡像神經元。作用其二在於推測他人的行為意圖，只有在觀察目的指向的動作鏡像神經元才被啟動，而僅觀察物體及沒有目的的行為無法啟動鏡像神經元。由此可見，鏡像神經元的啟動不是單純對動作的物理性質反應，而是代表了對動作的意圖等方面的理解。

動作觀察療法

動作觀察療法（action observation therapy, AOT）是近年來康復學家根據鏡像神經元的理論而提出的新的康復療法，經國外臨床研究報導證實該療法具有經濟、操作簡便、患者依從性高、康復效果較好等諸多優點，國內也有數篇相關文獻報導。AOT的核心是要求患者仔細觀察視頻中的動作，隨後盡力去模仿所觀察到的動作。根據目前的研究報導，經典的AOT方案要求患者放鬆的坐於電腦螢幕前，觀察常見的日常生活動作視頻或者根據患者的康復需求進行設計的動作視頻，例如伸肘取物、用杯子喝水、讀報紙、清理桌面、開關瓶蓋、用鑰匙開門、用筆寫字、雙手彈琴等。當然，在不同的康復階段，將根據患者的運動功能給予不同難易程度的動作視頻。通常情況下，每次治療過程患者觀察一個或一組難易程度類似的目的明確的動作，在視頻中每一個動作應盡可能詳盡地展示出來，比如：從前方或側方等不同的角度進行呈現，並將其分解為數個基本動作以便於患者進行模仿。目前尚無研究證明AOT治療時間的長短與療效之間的關係，一般來說每次治療時間通常在30min左右，每一次的治療過程包括任務說明、



動作觀察、動作執行。一般的治療週期為4周、每週3~5d。TMS、fMRI、PET等研究證明，鏡像神經元的啟動需要觀察者對動作或行為的意圖進行理解，不管是在全視狀態下或部分遮蔽狀態下觀察動作，哪怕是聽到動作相關的聲音，只要有足夠的資訊能使觀察者理解動作的意義，相關的鏡像神經元就會出現一致性地啟動，相反無意義的動作不論有無遮蔽均不能引起MNS的啟動。換句話說，只有觀察到或聽到有目的性的動作或其聲音並理解才能有效的啟動MNS，因此，AOT必須呈現給患者有意義的動作，並要求患者具有一定的理解能力，嚴重的認知功能障礙患者將不能作為治療對象。fMRI、rTMS相關研究發現被試者在進行動作模仿時Broca區、右顳上溝、右頂前區等部位出現啟動，與MNS區域有大量重疊，提示MSN是參與模仿機制的重要神經環路，而模仿在學習過程中起著至關重要的作用。一系列在運動員、音樂家、舞蹈家等人身上的研究證明，運動想像可促進學習並興奮相關腦區，腦成像研究提示：想像一個動作時啟動的腦區域與執行該動作時興奮的腦區大量重疊，並包含MSN環路。綜上，MSN參與動作理解、運動想像、模仿與學習、動作執行等過程，AOT通過觀察日常生活動作視頻並理解意圖，刺激相關的鏡像神經元興奮，同時增強運動記憶，並通過模仿相同的動作進行動作學習，反復觀察則促進神經皮質的重塑，從而達到康復的目的。

鏡像療法

鏡像療法（mirror therapy，MT）是通過患者健側肢體進行作業活動，借助鏡子給患者產生一種以為患肢在運動的錯覺，再以這種錯覺引導患者進行患肢運動想像訓練，從而提高肢體運動功能。最早用於截肢術後患肢痛的治療”引，並且疼痛發生的腦機制所涉及腦區如邊緣葉、扣帶回等又正好與鏡像神經元系統部分吻合。MT可以通過三個神經功能網路影響知覺運動過程：



- (1) 與鏡像神經元系統相關的腦區啟動，
- (2) 同側運動通路的募集，
- (3) 通過非受影響肢體的回饋，將受影響肢體的異常本體導入。

鏡像治療又稱鏡像視覺回饋(MVF)最早是由 Ramachandran提出的，鏡子被放置於患者的正中矢狀位，以正常肢體鏡像代替患側肢體，這樣可使患者感覺健側肢體在鏡中反射的動作好像是患側完成的，達到消除異常感覺或恢復運動功能的康復目的。偏癱患者由於患側肢體的肌力以及耐力不足，會導致患側肢體不能活動或者是不能進行長時間的活動，而鏡像療法恰恰對患側肢體的肌力以及耐力的要求並不高，主要是健側肢體活動配合視覺想像的感知覺來進行康復。MT應用於肢體運動功能康復中，要求患者移動他們的手臂，觀察沒有受影響的手臂在鏡子裏的動作，就好像它是受影響的手臂一樣。當受影響的手臂不能正常移動時，這個過程創造了不受影響的手臂的視覺錯覺。MT側重於非受影響肢體的視覺和本體感覺回饋，這可能提供了缺失或減少本體感受性回饋從身體受影響的一側的補償輸入。越來越多的文獻表明，腦卒中患者在接受MT治療後，在運動和日常功能、運動控制策略和日常生活活動等方面都取得了改善，支持其在腦卒中康復中的應用。簡而言之，MT可能更簡單、更便宜、更有效的治療卒中的方法，用於臨床應用。

動作觀察療法 (AOT) 在腦卒中患者作業治療中的應用

1.動作觀察療法在腦卒中患者上肢運動功能作業治療中的應用

患者先觀察上肢運動的視頻剪輯，同時或順序地練習動作。視頻運動顯示來自第一人物的透視以最大化地提高運動皮層的興奮性。視頻中的動作和任務將由年輕、健康



的成年人，無論男人還是女人。我們基於相關文獻和臨床經驗，設計了以下常見的類別的動作和任務：

- (a) 主動關節活動度訓練 (10-15min)
- (b) 伸手夠物或操縱物體 (15-20min)
- (c) 上肢的功能性任務 (30min)。

在第一階段，患者將觀察主動關節活動度訓練的視頻剪輯，同時移動他們的雙上肢。

在第二階段，患者將根據自己的運動能力觀察一個伸手夠物或對物體的操作任務，通過一個視頻剪輯觀察2分鐘，並需要執行和練習，他們觀察執行動作3分鐘，這個序列會重複3次。階段三是將每次練習包含一個功能性任務，從簡單任務開始，然後是更複雜的任務。每項功能任務分為三種運動行為，除此之外，引用瓶裝水的行為將分解為三種運動行為：(a) 伸手抓住瓶子，(b) 打開瓶蓋，(c) 撿起瓶子。

觀察運動行為2分鐘的視頻剪輯後，要求患者觀察執行這個動作3分鐘。在接下來的15分鐘，病人會觀察一個完整的功能性任務2分鐘，然後執行整個任務3分鐘，重複3次。功能性任務的例子有看雜誌、疊毛巾、喝水和擦桌子。

2. 動作觀察療法在腦卒中患者日常生活活動能力上的應用

AOT組在安靜環境中觀察特定製作的視頻資料，並囑患者想像、模仿所觀察到的動作，每天兩次，每次39分鐘，每週5天，共8周。所有的視頻資料均為統一模特完成，並要求分別用左側肢體和右側肢體完成，以適應腦卒中後左側或右側偏癱的患者。動作視頻內容主要動作包括：拇指與其他手指對指、空手抓握、抓放圓球、抓放圓柱體、從錢包中取錢、打開使用雨傘、捏放硬幣、擰瓶蓋、使用鑰匙開門、用筆寫字、使用勺子喝水、使用筷子夾菜、拉拉鏈、握放滑鼠、電腦使用、手機使用、翻書、刷牙、



洗臉、梳頭共 20 個上肢動作視頻，均為日常生活中常用動作，每個動作視頻約10-30 秒，播放時每個動作視頻均配有同步語音提示。



鏡像療法（MT）在腦卒中患者作業治療中的應用

1. 鏡像療法在腦卒中患者上肢運動功能作業治療中的應用

患者在一个鏡盒中接受 6 分鐘的上肢訓練。在鏡子練習中，病人將坐在靠近桌子的地方，在桌子上，鏡盒將被放置在鏡子後面，未受影響的手臂將被放置在鏡子面前。患者將被指示觀察其未受影響的手臂在鏡子中的影像。在 MT 中，受試者將被鼓勵主動移動受影響的手臂，同時與未受影響手臂的鏡像手同時移動，並盡可能多的用手。如有必要，治療師將協助參與者移動受影響的手，使動作與受影響的手同步。MT 治療活動也包括 (a) 主動關節活動度訓練 (10-15min)，(b) 伸手夠物或操縱物體 (15-20min)，(c) 上肢的功能性任務 (30min)。

2. 鏡像療法在腦卒中後肩手綜合征疼痛康復中的應用

訓練方法：準備一間安靜的房間，將患者的癱瘓上肢藏在正前方桌上的鏡像盒裏，然後囑患者取端坐位將注意力集中於鏡子中出現的健側上肢動作上。本研究共選擇6組動作用於患者觀察，包括：健側肩關節前屈、肘關節屈伸、前臂旋前旋後、腕關節屈伸、手指集團屈伸和抓握水瓶靠近自己的嘴邊然後放回。待患者熟悉環境放鬆後，治療師



首先向患者解釋接下來要做的鏡像訓練流程，並逐個動作演示給患者看，直到患者完全理解。接著進行各個動作的練習，訓練內容即為之前提到的6個上肢動作，每個動作重複5min，速度約為1次/s，中間不休息。同時強調患者將注意力完全集中於鏡子中出現的動作上，儘量想像其是自己對側的患側上肢在完成相同的動作。全部動作練習結束後，治療師通過引導語讓患者把注意力重新集中於自己的身體和周圍環境，然後讓其體會訓練過程中肢體運動的感覺。患者觀察的鏡像動作涉及上肢的全部關節運動和部分日常生活操作（模擬喝水），通過這種健側肢體運動提供的視覺回饋輸入能重建感覺回饋和運動執行之間的無痛性關係，進而改善早期腦卒中後肩手綜合征患者的疼痛。此外，受試者鏡像訓練時對患肢注意力的分散或干擾可能也是減輕疼痛感受的一個重要因素。



展望

鏡像神經元系統的發現對神經科學以及神經系統疾病的治療和康復提供了新的理論和思路，臨床效果也逐步被認可。基於鏡像神經元系統理論的康復治療技術統一性、規範性較難量化，至今沒有公認的治療標準和平臺設備，直接影響臨床研究效果結果的穩定。今後仍需建立大樣本、多中心隨機對照的臨床試驗，以明確基於MNS理論康復



技術對腦卒中功能障礙康復的療效，為制定規範化的作業治療模式將會為MNS理論康復技術帶來新的發展和機遇。

參考文獻：

- [1]梁巍. 鏡像神經元系統[J]. 中國聽力語言康復科學雜誌, 2016, 14 (1):74-77.
- [2]丁力, 賈傑. 鏡像療法作為一種康復治療技術的新進展[J]. 中國康復醫學雜誌, 2015, 30(5):509-512.
- [3]Wei Wang, Xin Zhang, Chunlei Shan, et al. Mirror neuron therapy for hemispatial neglect patients[J]. Scientific Reports. 2015, 5(1): 8664.
- [4]王晶, 曾明, 金敏敏, 等. 動作觀察療法對亞急性期腦卒中患者上肢運動功能的影響[J]. 中國康復醫學雜誌, 2015, 30(9):888-893.
- [5] Borchers AT, Gershwin ME. Complex regional pain syndrome: a comprehensive and critical review[J]. Autoimmn Rev, 2014, 13(3):242—265.
- [6] Rizzolatti G, Cattaneo L, Fabbri-Destro M, et al. Cortical mechanisms underlying the organization of goal-directed actions and mirror neuron-based action understanding [J]. Physiol Rev, 2014, 94:655--706.
- [7] Pandian JD, Arora R, Kaur P, et al, Mirror therapy in unilateral neglect after stroke(MUST trial): a randomized controlled trial[J]. Neurology, 2014, 83(11):10 12—1017.



腦卒中的日常生活活動訓練

福建中醫藥大學附屬康復醫院 蔡素芳

大家看到這個題目，應該一點兒都不陌生。作為一名 OT，日常生活活動(activities of daily living, ADL) 是我們關注的三大範疇之一，ADL 訓練也是我們日常工作以及交流中最常掛在嘴邊的辭彙，可謂是 OT 的一個法寶。今天我想通過循證的視角，來為大家介紹關於腦卒中 ADL 評估與訓練的一點見解。

腦卒中在大部分醫院是較為常見的康復病種。中國每年新發腦卒中病人約 150 人，其中 70%-80%的腦卒中患者因為殘疾而不能獨立生活。有研究報導，經過康復訓練後，患者仍舊存在功能性活動受限；約有 50%的患者回到家後存在 ADL 依賴；中風 6 個月後，約 2/3 的腦卒中患者存在社會參與受限；發病後 2-4 年，社會參與能力會繼續下降……面臨這樣大量的腦卒中患者，他們即將面臨的回歸家庭、回歸生活的困難，作為 OT 的我們，可以提供怎樣有效的服務呢？在循證醫學的大環境下，我們需要非常清晰地明白哪些是循證支持的 ADL 評估與治療手段，這樣我們才能提供更加有信心的臨床服務。

日常生活活動既是一種干預手段、也是一個結局指標。當患者掌握了一項 ADL 的技能與方法時，他們的生活獨立性會提高，這樣可以減少照顧者對他們的輔助量，患者的自信心也隨之提升（結局指標）。當選擇一項對於患者來說是有意義的活動時，它能激發其更大的積極性，患者便能更加投入於治療過程中，發揮不一樣的治療意義（干預手段）。在進行各項日常活動的過程中，患者會自發地使用不同的軀體功能、認知功能等，因此能夠整體地提高患者的身體功能（干預手段）。



一、ADL 評估

在臨床上，大家可能都非常熟悉 COPM、BI/MBI、FIM 等，那麼在國際上還有哪些腦卒中常用的量表呢？國內可以使用的量表又有哪些呢？以下這份表格回答了這些問題。

量表	創始人	創始時間	目的	是否漢化
COPM	Mary Law, Sue Baptiste	1991	評估患者對自我作業表現的認知	是
MBI	Mahoney FI, Barthel DW	1965	評估患者 BADL 表現	是
FIM	Carl V. Granger	1984	促進對患者殘疾嚴重程度和醫療康復結果的統一記錄	是
Katz Index	Katz S, Ford AB	1963	評估患者獨立進行 BADL 能力	否
FAI	Bergner M , Bobbitt RA , Carter WB	1981	評估患者 IADL 的表現	是
ADL Index	Kazim AS, Dennis SS	1979	評估 BADL，與 ADL 性能相關的一些移動任務的能力	否



Lawton IADL Scale	M. Powell Lawton	1969	評估患者 IADL 的表現	是
活動分析法	香港職業治療學院	2002	對 BADL 採用活動分析法分步驟觀察具體表現，利於治療干預	是
Bayer ADL Scale	Ian Hindmarch, Harmut Lehfeld	1998	評估患者在日常活動中的表現	否
PASS (Performance Assessment of Self-Care Skills)	Joan CR, Margo BH	1994	評估患者臨床或家庭日常生活技能表現	否

關於每一份量表具體的使用方法、評分標準，大家可以自己查閱相關資源進行進一步的學習。在這裏給推薦大家一本書籍參考，美國作業治療協會（AOTA）出版的《Occupational Therapy Assessment Tools An Annotated Index》（3rd edition）。

二、ADL 訓練

以往大家對 ADL 訓練的干預時間往往是這樣認識的——“等到患者的基本功能恢復到一定階段了才開始練習 ADL”。英國腦卒中康復指南指出“腦卒中後促進 ADL 的干預應該在**早期康復階段**就開始進行”（National guidelines for Stroke Care The National Board of Health and Welfare; 2011）。早期介入 ADL 訓練，能夠幫助腦卒中患者獲得更大水平的**獨立性**。



那麼在進行具體的 ADL 訓練的過程中，OT 都會用到哪些策略呢？這些策略主要包括矯治性策略（Remediation or Development）、代償性策略（Compensatory strategies）、輔助科技（Assistive technology）、環境調適（Environmental adaptation）。這幾種介入策略幾乎貫穿在所有的 ADL 訓練方法中。矯治性策略即通過逐漸恢復患者的身體功能，從而來促進患者的作業表現，主要是從人的層面進行考慮；而代償性策略（如中風患者的單手操作技術）、輔助科技（如粗柄勺）、環境調適（如衛生間內加裝扶手）主要是從作業或環境的層面進行介入，將人置於作業活動中考量，來提升患者的作業表現。在臨床工作中，大家可以嘗試**拓寬自己的思維**，在考量一位卒中患者不能進行某項 ADL 時，從**多維度**來幫助患者提升作業表現，而不僅僅只是透過提高患者的身體功能來達到。

多數 OT 指南均推薦“**以作業為基礎的干預（Occupation-based intervention）**”作為 OT 的核心干預手段，這是一種**從上往下的方法（Top-Down approach）**，即應用那些能夠促進以下作業活動表現的**活動**作為干預手段的方法：自理性活動（ADLs）、工具性日常生活活動（IADLs）、休息和睡覺（Rest and Sleep）、教育（Education）、工作（Work）、玩耍（Play）、休閒（Leisure）、社會參與（Social participation），強調將人作為一個整體進行治療。通過對文獻的查閱與梳理，具有循證支持的 ADL 訓練方法主要包括以下幾種：

- 活動分析法（activity analysis）
- 以患者為中心的 ADL 訓練（client-centered ADL intervention, CADL）
- 重複性任務導向訓練（Repeated task-oriented training）
- 策略性學習（Strategy learning）



- VR ADL 訓練 (Virtual reality ADL training)
- 居家作業治療 (Domiciliary occupational therapy)
- ADL 宣教 (ADL education program)

以下就這幾種方法做詳細的介紹。

1. 活動分析法 (activity analysis)

不管是在教科書上、還是各類學習班中，活動分析是大家最為熟悉的一項 OT 技術，將這項技術應用於 ADL 訓練中，也是大家最為常用的一種方法。

活動分析是解決問題的一種策略。通常會將一項活動分拆為“大小”相約的步驟，每個步驟都可以被觀察和量度，並且符合一定的先後邏輯順序。分析每個步驟需要的感覺運動功能、認知功能等，比對患者欠缺的功能，進行針對性訓練的方法。在實際臨床應用中，可以自製各項 ADL 的活動步驟卡片，來幫助患者及其家屬更清晰的認識及進行相應的訓練。



2. 以患者為中心的 ADL 訓練 (client-centered ADL intervention, CADL)

這種訓練方法是基於“以患者為中心”的康復服務原則設計出來的，注重患者與治療師之間的合作關係，更加考驗治療師的溝通技能，促使患者日常活動表現的提升作為核心目的。CADL 的核心要素主要包括以下幾點：

- (1) **需求的確定**：充分考慮患者的經歷、知識、能力、動機、需求，使用 COPM 讓



患者對自己的作業表現問題進行評價。

(2) **目標的制定：**一個合作的過程，讓患者更多參與目標制定的過程

(3) **讓患者成為問題的解決者：**該方法設計了一個架構和策略提供給治療師來引導患者發現和解決進行作業活動過程中的問題。這個架構和策略主要包括以下 9 個步驟：

- ① 建立信任的關係；
- ② 治療師觀察患者從事 ADL 的表現；
- ③ 治療師與患者一同評估作業表現，確定患者的能力以及對自己能力的感知；
- ④ 使用 COPM 讓患者確定三個想要進行的 ADL，作為目標；
- ⑤ 治療師向患者介紹問題解決策略的使用；
- ⑥ 患者完成活動（排列作為第一個目標的活動）；
- ⑦ 治療師引導患者發現和確定進行 ADL 過程中的問題；
- ⑧ 治療師引導患者確定解決遇到的問題的策略方法；
- ⑨ 評估所有的策略促進泛化。

3. 重複性任務導向訓練 (Repeated task-oriented training)

大家對此也不陌生，不管是 PT 還是 OT，都會常常使用到這類訓練方法。

訓練方法的原則從名稱中也不難發現。首先，所選擇的任務必須是對於患者而言是有意義的（即以患者為中心），最好是能將患者置身於真實的環境中進行訓練。其次，任務應是隨機的，任務的可變性被認為是“泛化到新任務”的重要因素。再則，訓練需要被重複，“熟能生巧”正適用於這種情況，它幫助健康和受傷的大腦掌握技能和重組，以適應新的學習。此外，任務導向訓練同樣注重將患者作為一個整體對待，以重建患者整個任務作為目標。最後，應積及時地給予患者積極的回饋，但這種回饋



應當隨著時間的推移逐漸減少，以防止不必要的依賴。

4. 策略性學習 (Strategy learning)

策略性學習是使用認知策略來進行腦卒中 ADL 干預。認知策略被推薦使用，用於技能轉化和泛化、恢復功能性活動以及提高參與水準。

泛化 (generalization) 的概念對於康復工作者而言是非常重要的，尤其是面對卒中患者，文獻表明泛化的程度是卒中患者重返社區生活成功與否的重要指標。我們希望患者在治療室內學會的技能，能夠應用在病房內、家庭中、社區裏，不是“點對點”的提升，而是“點到面”的效果。

在這裏想與大家分享的是由香港理工大學陳智軒教授團隊經過多年的研究與臨床應用，發展出的一套方案，即**自我調節學習**方案，該方案是在認知層面上使用認知策略來解決日常生活中遇到的困難，臨床顯示出顯著療效，可以提升腦卒中患者未訓練的日常操作、以及在新的環境中進行日常操作的表現。訓練的任務主要是採用 IADL，如晾曬衣服、折疊衣服、泡茶、清洗碗碟、預備水果、整理床鋪、吃藥、使用電話、打掃地板、飯後清潔桌面、約見醫生、光顧自助速食廳、遊公園、乘坐交通工具等。具體的訓練步驟如下：



任務分析：

在這一步驟中，使用了 OT 非常熟悉的活動分析的概念，具體做法是錄製一段正常人進行一項作業活動的視頻，並將其分為大小一致的六個步驟，以卡片的形式展現。OT 引導患者理解每一個步驟所需的能力、工具與環境，讓患者對每一項活動有一個清晰認識。



問題確認：

當患者生病之後，在進行我們看似簡單的活動中，都會困難重重、甚至無法完成。在這個步驟中，基於患者對每一項活動的每個步驟的認識，治療師引導患者去思考在每個步驟可能會遇到的問題、是什麼原因導致了困難。在確定問題後，治療師不直接告知患者應該克服困難的方法，而是引導患者去思考可能的解決辦法，辦法想得越多，越能強化患者解決問題的能力。

任務表現：

在經歷了發現問題和解決問題這個步驟後，治療師需要提供患者一個實際練習的平臺，患者在具體練習的過程中，進一步反思第二個步驟所確定的解決方法是否得當，若不得當，再反復調整，直到最佳解決策略的建立。

5. VR ADL 訓練 VR ADL 訓練 (Virtual reality ADL training)

現今，隨著高科技的發展，在康復領域中也突顯其應用價值。利用高科技產生一個虛擬的環境，使用者能夠觸及或完成在真實環境中的物體或活動。越來越多公司致力於開發各種 VR 設備，供康復領域的使用。

設備	訓練活動
穿戴機器設備進行重複性的以任務為導向的虛擬遊戲訓練 Virtual task-oriented repetitive game training wearing the UL-EX07 robotic orthotics	澆花 打乒乓球
強化回饋的虛擬現實訓練 Reinforced feedback in virtual environment	玻璃杯中倒水 pouring water from a glass 使用錘子 using a hammer 轉動甜甜圈中心 turning around the centre of a donuts
IREX 虛擬現實系統 IREX virtual reality system	鳥和球 Bird and Balls、椰子 Coconuts、傳送帶 Conveyor、變戲法者 Juggler、守門員 Soccer、模擬超市 VMall
康復遊戲系統 rehabilitation gaming system (RGS)	擊、抓取、放置類的活動 hitting grasping placing



任天堂 Wii 和微軟 XBOX Kinect Nintendo wii (NW), and Microsoft Xbox Kinect	開車 driving、過馬路 Street-crossing、煮飯 cooking、購物 shopping、乘坐港鐵 mass transit railway 運動類遊戲 sports games
虛擬現實康復系統 Virtual Reality Rehabilitation System	拿取物品類的活動：倒水、遞東西 Fetch activities: pouring water, passing things
GestureTek's GX VR platform	模擬超市 VMall

香港梁國輝老師在大陸推廣重建生活為本作業治療理念的這些年，建議使用體感遊戲來進行 ADL 訓練，越來越多機構也購置任天堂 WII 和微軟 X-Box 360，在治療室中給患者進行訓練，獲得良好的療效。

6. 居家作業治療（Domiciliary occupational therapy）

在西方國家，OT 入戶家訪為患者提供居家康復治療是非常常見的。家訪是在治療師觀察下，患者在實際環境中去實踐每日活動的過程，可能包括：上下床、上廁所、泡杯茶、練習使用常用電器、洗碗等。評估結束後，作業治療師會從“自主鍛煉，活動調適，環境改造/輔助器具的使用”三個方面入手，根據患者在活動中出現的問題針對性地提供解決方案，以提高服務對象活動的安全性與參與能力，減輕患者對家屬的依賴，支持他們更好地參與其想要做、必須做或期望做的作業活動，做到真正的回歸家庭及社會。

可以開展的形式有：

- （1）對即將出院的患者進行家訪，作為出院前準備的干預方案；
- （2）對出院後的患者進行家訪，作為隨訪跟蹤患者回到家後的情況。

7. ADL 宣教（ADL education program）

健康宣教對於大部分醫院來說都是可以做到的，但關於 ADL 方面的宣教仍是少見



的，形式也較為單一。這裏提供給大家更多形式的宣教參考：

(1) 手冊 manual; (2) 小冊子 booklet; (3) 檔包 information pack; (4) 傳單 leaflet; (5) 小組討論會 group sessions; (6) 幻燈片講解 slide shows with verbal instruction; (7) 結構化小組 structured classes; (8) 書面指導 ADL 參與的指導手冊 active practice of ADLs and written information; (9) 講座和播放視頻 lecture and video。

ADL 宣教的內容可以包括：

- (1) 患者和照護者都想瞭解的關於中風的病因、症狀、治療和預後方面的資訊；
- (2) 照護者最想瞭解的照護技巧、轉移活動方法等。

ADL 宣教應該在中風發生後儘早進行。我院這兩年嘗試對每一位新入院的腦卒中患者開展“早期入院宣教”，旨在讓患者明白腦卒中是什麼？對生活的影響怎麼樣？康復過程的重點是什麼？作業治療如何幫助恢復日常活動？等等，讓患者在後續的康復過程中能更加主動地參與到 ADL 訓練中。常常聽到治療師抱怨患者不願意進行 ADL 訓練，大家不妨試問一下自己，“我對 ADL 訓練的意義瞭解透徹了嗎？我與患者之間的溝通是有效的嗎？患者是否理解 ADL 的重要性呢？”……

以上是我通過對文獻的梳理，對腦卒中 ADL 訓練的一些見解，希望對大家的臨床工作有所幫助。

赴臺灣輔英科技大學參加康復專題培訓的學習體會

贛南醫學院康復學院 古月明

非常榮幸受到朱毅院長的約稿邀請，我想到今年暑期去臺灣參加的經歷，借此機會與大家一起分享，雖然我們學習的不是作業治療專題，但是這次的學習拓寬了我的視野，收穫滿滿！讓我在今後從事作業治療的教學中，能夠以更加清晰的思路和寬廣的視野去思索、去實踐！

2018年7月14日-8月18日，在學校各級領導的關心和支持下，我有幸與我校另外11位老師到臺灣輔英科技大學進行為期35天的康復專題培訓，這是我第一次去臺灣，以前對臺灣的印象停留在教科書中描繪的美麗的日月潭，還有歌中唱到的“阿裏山的姑娘”，這次出訪臺灣，我們滿懷期待前去，也收穫滿滿而歸。

一、访问概况及学习安排：

輔英科技大學校方對我校教師的來訪非常重視，該校國際暨兩岸事務處葉金麟副處長等數位師生親自來機場迎接我們，我們到達輔英科技大學後，在學習、生活的各个方面給我們提供了很多幫助和便利，並為我們此次暑期學習班舉行了開班典禮和結業典禮，校長顧志遠博士親自出席了這兩次典禮。值得一提的是台灣人民的情感和人文關懷程度大大超出我們的意料，尤其是輔英科技大學的人文關懷服務做的非常到位，除了葉金麟副處長親自接機和送機，在開班典禮和結業典禮時，校方周到細緻的為每一位前來學習的老師都準備了姓名牌，在結業典禮時還為我們每一位老師都準備了一份台灣的特產大禮包，濃濃的人情味讓我們感受到了輔英科技大學合作交流的誠意和熱情。



二、辅英科技大学概况：

1、学校历史沿革：

辅英科技大学(Fooyin University) 是一所民办高校，创办人张鹏图医师有感于当时国内医疗资源和人力的缺乏与落后，于1958年在台湾屏东县东港镇创建学校，初为高级助产职业学校，1968年升格五年制护理助产专科学校，1970年迁校至高雄市大寮区，1997年获准改制技术学院并附设专科部，2002年8月1日正式获准改名为辅英科技大学。学校历经职校时期(1958年-1968年)、专科时期(1968年-1997年)、学院时期(1997年-2002年)、科技大学时期(2002年~至今)。



2、成绩及荣誉：

辅英科技大学今年创校届满60年，其间创下多项傲人的成就，包括“全国第一所私立医护类职业学校”、“第一所私立护理职业学校改制五专”、“第一所私立护理二专”、“私立医护专科学校率先改制技术学院”等。该校拥有全台湾最大最好的护理学院及物理治疗系。

3、物理治疗系概况：

辅英科技大学物理治疗系在台湾颇负盛名，已获世界物理治疗联盟（WCPT）认证。据了解，该校1996年创建二年制大专部复健科，1999年改物理治疗系招收四年制高考本科生，2006年設立二技日間部，2007年加收二技進修部（日間部招生普通大学生，進修部相当于成人继续教育部）。

（1）教師隊伍建設：其物理治療系共有專職教師13人，兼任教師8位。其中專職教師博士學位9人（多人獲美國等海外博士），餘全部碩士學位。物理治療教師9人，另有4人為醫學基礎課程教師。任課教師須有從事臨床工作2年以上的經歷，教師年齡從36歲到60歲，老中青教師都有，注重人才梯度建設。所有教師每人都有自己的專長及明確的

研究方向。

（2）科研團隊建設：教師科研水準整體較高，參與主編教材、著作多，申報各級各類課題、發表SCI、核心期刊等論文多。

（3）教師教學任務及薪資：講師每週11節×18周，助理教授每週10節×18周，副教授每週9節×18周，教授每週8節×18周。講師575台幣/每學時，助理教授620台幣/每學時，副教授690台幣/每學時，教授約800台幣/學時。月薪資講師約6萬台幣，教授可以到9-10萬台幣/月。

（4）在校生情況：目前有四技在校生近200人，二技在校生近200人，總在校生近400人。在校生收費標準每學期學費39810台幣、雜費16800台幣共計56610台幣。

（5）實驗室建設：共有教室及實驗室8間，建築面積約1500平方米。包含兒童康復室、心肺康復（高齡健康促進室）、運動治療室、高齡健康檢測室等。實驗室設備齊全，有兩點值得借鑒：一是他們使用的人體骨骼模型比我校的好，有重要的骨突

標誌，還用各種顏色和符號標注了肌肉起止點，韌帶附著處。相比之下，我校使用的模型較粗糙，他們的更加細緻實用。二是他們的部分實驗室配備雙攝像頭、雙投影儀，對實驗課中教師的示範動作從不同角度進行現場拍攝和演示，可達到較好的教學效果。

(6) 課程設置：通過對其四年制本科班專業課教學課程資料與我校的對比，其中特殊族群運動處方、研究方法導論、職場諮詢科技應用、物理治療期刊與諮詢應用等課程特色鮮明，建議我校引進開課。

(7) 第二課堂建設：所有專職教師每週須在校輔導學生 4 學時，包括學習和工作等各個內容，以及指導學生科研及創新創業活動，且有相關激勵機制。

(8) 學生畢業條件：須通過相當於歐洲共同語言能力分級架構 CEFR A2 成績；須參加專業研習 10 小時，非專業研習四場；須取得急救相關證照一張及其他證件一張、參加一場專題研究發表會或參與協助研究證明、參加三場專業會考並通過；專業志願者學時須達 40 學時。

三、订单式学习基本情况：

此次康復專題培訓的學習計畫按照我校提出的需求制定，學習內容包括生物力學、肌動學、康復評定學、運動療法、神經康復、肌肉骨骼康復、心肺康復、足底生物力學分析等。也是我個人夯實康復知識的一次寶貴學習機會。

本次學習共 130 學時，每學時 50 分鐘，其中 6 學時為見習課程。值得一提的是所有授課教師英語水準都較高，採用雙語或英語教學，老師們精心準備了課件或講義，他們強大的雙語教學能力、嚴謹的教學態度、豐富的教學方法、風趣的授課風格，都給我們留下了深刻印象，讓我們開闊視野、收穫了新知識、掌握了新技術、學會了新

方法，受益匪淺。以下就每門課程進行介紹：

(1) 基礎肌動學：本課程共 36 學時，是此次學習的重點。由物理治療系主任楊金修老師主講，採用講義、板書進行教學，逐步由淺入深講解，全面講解了脊柱、上肢、下肢各個關節的肌動學，並非常系統講解了步態分析。

(2) 生物力學：採用英文授課，對於關節構成講解偏多，陳老師為我們演示了非常多的動態視頻。通過陳老師的指導，我校教師學會了從 Youtube 網站下載國外的動作分析視頻，學會了查找生物力學教學

(5) 踝足生物力學分析：
本課程共 6 學時，石旭生老師詳細的講解了踝關節、距下關節、足底壓力分析，隨後安排了實操課，學習了足底壓力評估及取模，取模後製作足底矯形鞋墊，通過學習瞭解理工科製作鞋墊和物理治療師製作的不同、3D 列印製作的缺點等。

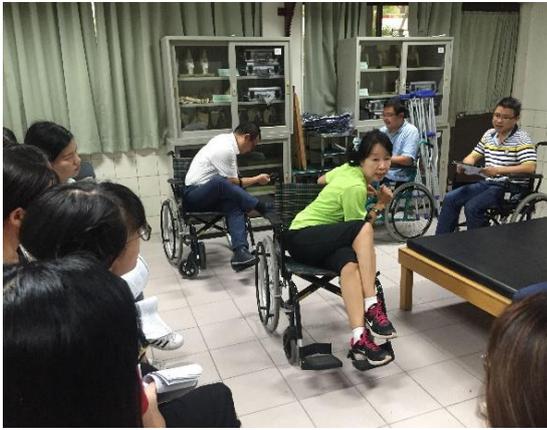
(6) 心肺功能評定：
本課程讓我們瞭解和熟悉了心肺康復評定方法、處理原則、呼吸肌訓練方法、有氧訓練和運動處方處理方法，進一步學習了最大攝氧量測定方法和各個參數的意義。

(3) 康復評定學：學習的內容主要是關節活動的測量和徒手肌力評估，授課中多是以交流為主，在測量和評定的動作體位中尋找差異，減小誤差。

(4) 運動療法學：學習內容包括 PNF、懸吊技術、脊髓損傷運動療法、腦卒中運動療法、下肢運動療法等，授課教師有多名。通過本課程的學習，學會了 PNF 技術的多種應用方法。懸吊技術學習讓我們進一步瞭解懸吊的發展歷史和課程結構，對設備採購流程和及各種訓練使用技術有了初步掌握。脊髓損傷運動療法的學習讓我們瞭解臺灣脊髓損傷的處理原則，尤其關注患者的輪椅使用技巧。下肢運動療法的學習讓我們掌握了髖、膝、踝的運動分析，知道如何從解剖、生物力學、肌動學角度分析患者受傷程度和功能水準，從而開展對下肢各個關節細緻的評估和治療。

(7) 老年體適能檢測和運動介入：本課程共 4 學時，由陳姝希老師授課，分評估理論課與實操課，讓我們瞭解到臺灣老年人體適能測量的有信度、有效度、操作簡單的實用方法。

(8) 屏東縣國仁醫院見習：
我們分三組進行見習，主要是理療組、運動療法組、床邊病例見習，通過見習參觀瞭解該科的常用理療設備、患者就診情況、工作時間安排、健保收費制度、床邊骨科治療情況。見習後醫院安排座談會，初步擬定安排學生到該院見習的合作方式。



除了校方安排我們參觀國仁醫院外，為了更深入地瞭解臺灣臨床康復和康復醫院的發展現狀，我們一行 6 人前往臺大附設醫院、國立中山大學附設醫院進行實地參訪。在參訪過程中我們發現無論是公立還是私立還是醫院，無論場所大小，都感受到環境優美，次序井然，處處體現了細緻入微的人性化服務，如治療室和病房通風良好，光線充足，色彩搭配溫馨柔和，配有各種無障礙設施。還有為患者及家屬提供了環境優雅舒適的休閒咖啡廳、吸煙角等，方便患者看電視、喝咖啡、社交活動等，營造輕鬆的就醫環境。

四、第二種體會和收穫：

此次臺灣之行除了在康復專業學習上有收穫以外，本人還有“第二種體會和收穫”：根據領導的安排，我負責這次臺灣訪問的具體聯絡工作，在與輔英科技大學的老師們聯絡、接觸以後，刷新了我的工作觀念，改變了我的工作態度，甚至影響了我的人生觀和價值觀。在此舉例如下：

1、熱情和富有人情味的輔英老師

輔英科技大學校長顧志遠博士親自出席了學習班的開班典禮和結業典禮，他的講話威嚴而不失親和，充滿人情味。除此之外，送給我們每一位老師的臺灣特產大禮包

也是他親自挑選的。在兩次典禮上校方周到細緻的為每一位前來學習的老師都準備了姓名牌，濃濃的人情味讓我們感受到了輔英科技大學合作交流的誠意和熱情。不要小看這些細節，20世紀最偉大的成功學大師戴爾卡耐基在他暢銷全球的書《人性的弱點》中引用多位名人的觀點，明確指出人類本性中靈魂最深層的渴望就是“被別人尊重的渴望，是讓自己變得重要的願望”。而輔英科技大學的這些做法，正是尊重了我們每一位參訪者，滿足了我們“靈魂最深層的渴望”，這還會讓參訪者對該校印象不好嗎？正是熱情和富有人情味的輔英老師，讓該校的對外合作交流活動廣泛開展。

2、值得學習的工作態度和思想境界

在與輔英科技大學國際暨兩岸事務處黃登成處長和葉金麟副處長的幾次交談和接觸中，他們給我上了一堂“改進工作態度”的課，我瞭解到他們雖然是學校的中層幹部，但是可以說是“位高不自居”。他們經常凌晨、半夜親自接送其他高校的參訪人員，對我們參訪人員提出需要幫忙的事情有求必應，甚至提供私人的購物打折卡，幫忙聯繫買特產等。有時候住宿暫時安排不下，葉金麟副處長甚至把學生帶到家裏住。“如果你光想著為什麼別人可以休息，我們卻在加班？如果以這種工作態度去面對工作，那麼你自己心情也會非常糟糕”，“我們是兄弟院校，那我們對對方的老師也應該像兄弟一樣對待，當你的兄弟、朋友來了，你去接機會抱怨嗎？不會，所以我們也不抱怨”……他們工作的態度和境界值得學習，反思自己，工作十多年了，



不知道從何時開始有些職業倦怠，甚至對工作有時抱怨和推諉，與他們相比，非常慚愧，決心見賢思齊，改進自己的工作態度、提升思想境界。

3、富有同理心和公德心的文化

一方面，由於康復人的職業敏感，我們觀察到在臺灣不論是機場、高鐵站、捷運站還是景點、賓館，處處都有無障礙環境和設施。特別是無障礙廁所比我們內地多多了，可以說只要有廁所的地方就有三個廁所，供男性、女性和殘障人士使用。還有無



障礙電梯、殘障人士停車位等隨處可見，而我們在內地只有五星級賓館、康復醫院等才能看到。另一方面，我們發現臺灣的雖然地方小，但是市民的環保意識非常強，大街上沒有垃圾非常乾淨，垃圾嚴格分類回收，處處給人感覺乾淨舒適。特別是廁所，公廁是最能考驗出市民有無公德心的地方，我去臺灣一個多月，不論是機場、高鐵站、捷運站還是景點、集貿市場，沒有發現過一個髒廁所，甚至沒有異味，市民使用公廁後都自覺為下一位使用者保持

乾淨，其市民公德心略見一斑。其實臺灣並不富裕，基礎設施和經濟發展也不如我們內地的發達城市，但是他們富有同理心和公德心的文化營造出了一個能讓殘障人士共用生活、讓所有來訪者感到乾淨舒適的環境，非常值得我們學習。

4、“達則兼濟天下”的寬廣胸懷

“達則兼濟天下”是傳統文化中君子的道義承擔，輔英科技大學創辦人張鵬圖用



行動將這句話做了最好詮釋。輔英是“婦嬰”的諧音，也是當年張鵬圖醫生的診所營業招牌，36歲的他有感於當時國內醫療資源和人力的缺乏與落後，便毅然投入所有行醫的積蓄，克服了語言不通和缺乏資金、場地、師資、教材的重重困難，在當地鄉紳和社會各屆人士的支持下，建立了全國第一所私立護產學校。他自嘲當時自己完全沒有教育經驗，憑著一股衝動，在一個約400坪左右的空間開始辦起學校、收集教材，一面開業，一面撰寫教材，藉由這樣的教學模式，把知識傳授給學生。“回憶那段艱苦的日子，我們幾乎日以繼夜地工作，開路鑿井，在大環境極端困難的條件下，我們共同創造出美麗校園。”當有記者問及創校最關鍵之成功因素，張校長說，“除了努力，沒有第二個因素。”

正是一代又一代“輔英人”的努力，學校逐漸發展壯大，從職業學校、專科學校、技術學院，直至2002年8月1日正式獲准改名為輔英科技大學。這期間學校為臺灣各地區輸送了數以萬計的護理、醫學、及其他專業人才，大大改善了臺灣醫護人員的缺乏和醫療資源的匱乏，造福了當地百姓。

寫到這裏，我不禁思緒萬千，一個人該有多大的胸懷，才能夠舍小家顧大家，投入自己家的所有積蓄，去創辦學校，只為造福百姓？當我等芸芸眾生，在想著如何多一點獎金多一點收入、如何爭名奪利的時候，有的人想的是把自己的錢拿出來造福百姓；我們為自己著想，有的人為他人著想。我想，這個世界之所以有人平凡，有人偉大，差別就在於此吧！以人為鏡，照照自己，發現自己的胸懷不夠寬廣，在學習和工作中不夠努力！但願自己也能逐步提升，擁有這種“達則兼濟天下”的寬廣胸懷，更加努力！

最後，感恩有這次寶貴的學習機會，借此機會跟大家一起分享自己的學習體會，希望能給大家帶來一些啟發！

《老年常見疾病作業治療》出版啦！

隨著國內康復醫學理念的深入普及和醫養結合觀念的興起，以及技術層面的發展成熟和關於助推康復發展國家政策的出臺，老年人的康復需求開始與日俱增。



作業治療作為康復醫學領域中重要的學科，致力於根據患者康復需求和目標，採用有目的、有選擇、有意義的作業活動，例如日常生活活動、娛樂活動、職業勞動、認知活動等，對患者功能進行訓練，以緩解症狀，維持和提高患者的功能，預防功能障礙或殘疾的加重，改善軀體和心理功能，最大限度地恢復正常的家庭和社會生活，最終使患者獲得獨立生活的能力，提高生活品質。

作業治療在老年人康復治療中伴有重要角色，主要提高老年人自我生活效能和生活品質，降低家庭及照護者的經濟和心理壓力。顯然，作業治療已成為老年人常見疾病所致功能障礙不可或缺的治療方法，通過作業治療提高老年人的功能、參與能力和生活品質，實現成功老化和積極老化。

國內關於老年疾病作業治療的專科教材和讀本幾乎沒有，本次組織了來自大陸及臺灣 25 家醫院和高校的 40 名資深作業治療師編寫專業書籍《老年人常見疾病作業治療》。全書總共 14 章節，76 萬字，主要涉及老年人作業治療理念與框架、老年人作業治療實踐模式以及老年人常見疾病包括老年人腦卒中、帕金森病、骨關節病、腰背痛、骨折、心肺、精神心理、腫瘤、癡呆及腎臟等疾病領域的作業治療評估及治療。目前，該書已經通過雲南省科技出版社順利出版了。



作為目前康復領域鮮有的老年人作業治療專著，編委們通過全面查閱文獻、尋找最新中英文資料而編寫成此書。該書遵循作業治療的獨特視角和思維，追求以患者為中心的作業治療理念，同時又具有科學性和嚴謹性，根據老年人的功能障礙及需求做出最佳選擇，有利於教學和臨床實踐。該書章節內容結構清晰、思路明確，相信該書出版後將成為老年人作業治療提供實踐指導，為老年人作業治療服務提供重要的參考依據，改善老年人作業治療服務品質。

隨著我國老年人口到來，維持老年人的健康和提高他們的作業能力和參與能力也將是一個挑戰，而且結合中國文化和國情為老年人提供作業治療的需求不斷增加，本土化發展作業治療服務理念和模式將在中國不斷被探索、研究和推廣。因此，我們作業治療師將來可以結合我國文化和國情，完善社區作業治療及居家作業治療體系和模式，提高老年人自我居家照顧能力及社區參與能力。



老年人常見疾病
作業治療

在本書出版之際，我衷心感謝參加編寫該書的專家們，他們抽出寶貴的時間參與編寫，他們利用寒暑假和其他休息時間，精心編寫，斟字酌句，將自己的心血和平時所積累的寶貴教學與實踐經驗都傾注到本書的編寫中，在此一併表示誠摯的感謝。同時，也對致力於國內作業治療發展和推廣的老師們和同道們深表致謝和致敬，因為我們每個

OT 都在默默的改變著中國 OT 的狀態和地位，這是一件非常榮耀而有意義的事情。願我們的 OT 發展像阿詩瑪故鄉的篝火一樣，熊熊燃燒，璀璨耀眼。

最後，期盼通過國內作業治療師們及其他同道們不斷努力探索、研究、實踐及完善作業治療，我們國家的老年人作業治療服務理念和模式將更加本土化、人性化。



供稿：敖學恒

郵箱：xuehengao@126.com,

微信號：wx1404213568



中華 OT 電子期刊編輯委員會

黃錦文 香港職業治療學院

張瑞昆 臺灣高雄長庚醫院

林國徽 廣東省殘疾人康復中心

李奎成 宜興九如城康復醫院

陳少貞 中山大學附屬第一醫院康復醫學科

閻彥寧 河北省人民醫院康復醫學科

楊永紅 四川大學華西醫學院康復醫學科

朱毅 海南省農墾總醫院康復治療科

本期責任主編:朱毅

香港職業治療學院

HONG KONG INSTITUTE OF OCCUPATIONAL THERAPY

地址:香港特別行政區, 香港新界大埔全安路 9 號大埔醫院職業治療部

電話: (852) 6509 6582

電郵: HKIOT@HKIOT. OR

網站: HTTP://WWW. HKIOT. ORG

