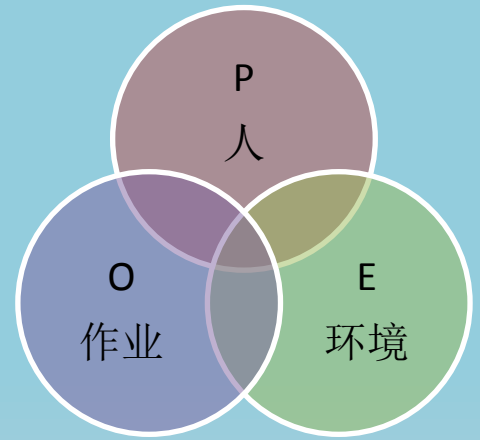


小儿外科地震伤员康复治疗报告

地震灾后小儿外科各位老师收治地震伤员中快速高效，保证伤员接受最佳医疗服务。此次针对地震伤员的综合性救治，促进康复医学科与小儿外科交叉学科合作。特总结在小儿外科地震伤员康复治疗（作业治疗）情况如下：

作业疗法（occupational therapy），是应用有目的的、经过选择的作业活动，对于身体上、精神上，发育上有功能障碍或残疾，以致不同程度地丧失生活自理和职业过去能力的患者，进行治疗和训练，使其恢复、改善和增强生活、学习和劳动能力，作为家庭和社会的一员过着有意义的生活。



国际功能、残疾、健康分类 (ICF)

健康状况 (紊乱/疾病)

身体功能&结构

活动 (限制)

参与 (约束)

环境因素

个人因素

Volition
意志

Habituation
习惯

Performance 表现

理论基础

PEO模型：

针对患者躯体功能、作业活动能力、环境评估后，分析患者躯体结构异常、个人角色、日常作业活动受限、所处环境等问题，为患者设计短期和长期作业治疗活动方案。

MOHO模型

患儿训练过程中融入心理社会因素，以患者为中心了解患者兴趣、角色、价值观（意志），针对性设计训练活动以提高主动参与动力及程度，建立在院及出院自我锻炼、家人辅助训练习惯，通过日常生活活动训练及角色恢复训练（如针对即将出院返校的患儿建立于上课时间类似的作息，给予针对性出院指导），降低出院后身心障碍出现或进一步加重的几率。

ICF模型：

通过作业活动训练，提高受限关节活动度、肌力，改善水肿及肌腱挛缩，改善心理、认知功能，以提高日常生活活动参与能力，尽快恢复个人角色，回归家庭。

2. 作业活动训练

2.1 上肢骨折患儿

2.1.1. 术后该类患儿普遍存在的问题：

- ① 患儿自身身体功能或结构障碍导致的活动受限，如尺神经损伤后所致掌指关节屈曲困难、拇指对掌困难、无名指小指浅感觉障碍等；
- ② 术后患肢损伤处愈合同时，周围软组织粘连，影响相近肌肉肌力及相邻关节活动度；
- ③ 制动后上肢肌力减弱，主动关节活动度降低，肌腱挛缩，手握力、手捏力，手对指、对掌、手精细活动能力降低；
- ④ 术后肢体水肿及疼痛，影响主动活动参与，进一步影响肌力及关节活动度；
- ⑤ 因疼痛、疼痛畏惧、过度投入患者角色，患儿动力较低，日常生活活动主动参与程度较少；
- ⑥ 地震后患儿畏惧及焦虑心理；

2.1.2. 训练方式：

在保证患肢损伤处制动休息的同时，通过术后早期针对未受累肢体的功能障碍，以患儿兴趣爱好及日常生活活动为基础，开展上肢、手功能训练，减轻肢体水肿，预防肌腱挛缩，提高上肢肌力及精细活动，提高日常生活参与动力及参与程度。

- ① 兴趣活动：增加患儿主动活动参与动力及参与程度，促进儿童之间、儿童与家人之间交流；
- ② 针对活动障碍设计训练活动：如腕背伸训练活动——Marble Game；
- ③ 感觉训练：详细评估后确认患儿感觉损伤类型及程度，针对性两点辨别觉、实体觉、浅感觉、保护觉、本体感觉等障碍进行训练，训练方式包括感觉重塑、镜像治疗等；
- ④ 手精细活动训练：通过手指协调、双手协调、手内精细操作（in hand manipulation）训练维持及提高手精细活动；
- ⑤ 日常生活活动训练：患肢制动后单手自理活动训练、日常生活辅助器具训练、通过日常生活活动训练提高上肢力量、关节活动、协调能力；
- ⑥ 静态或动态手支具制作：固定患肢保护骨折区域，同时促进未受累关节运动，预防挛缩，减少水肿。

2.2 下肢骨折患儿

2.2.1. 术后该类患儿普遍存在的问题：

- ① 患儿自身身体功能或结构障碍导致的活动受限，如胫骨骨折合并腓总神经损伤，影响脚背伸、步行等；
- ② 骨折术后未受累关节周围肌力减弱、肌腱挛缩，影响后期步行及自主如厕等；
- ③ 取皮及植皮处疤痕增生，软组织粘连，影响皮肤外观、关节活动、肌肉力量等；
- ④ 健侧肢体因长期卧床力量减弱。
- ⑤ 术后肢体水肿及疼痛，影响主动活动参与，进一步影响肌力及关节活动度；
- ⑥ 地震后患儿畏惧及焦虑心理

2.2.2 训练方式

- ① 良姿位摆放宣教，预防肌腱挛缩；
- ② 未受累关节被动、主动活动，预防关节僵硬，提高肌力；
- ③ 日常生活活动训练：健侧负重转移、轮椅训练、拐杖或助行器帮助下单腿负重行走



2.3 截肢患儿

2.3.1. 术后该类患儿普遍存在的问题：

- ① 残端感觉过敏，难以触碰；
- ② 患肢关节活动度、肌力较弱；
- ③ 长期卧床后健侧肢体肌力较弱，影响日常生活活动；
- ④ 残端肢体脂肪分布不均影响假肢佩戴
- ⑤ 幻肢痛，感觉残端下肢体依然存在并且疼痛，影响残端训练、佩戴假肢及心理（焦虑、抑郁）
- ⑥ 截肢后个人形象（personal image）不全，心理难以接受；
- ⑦ 家居、校园环境等不适宜轮椅或假肢佩戴后通行及日常活动开展。

2.3.2. 训练方式

- ① 残端渐进性脱敏
- ② 针对幻肢痛开展镜像治疗
- ③ 残端伤口愈合后绷带或压力衣塑性
- ④ 日常生活活动训练：翻身、转移、轮椅训练、利手交换（上肢截肢）
- ⑤ 假肢佩戴及日常使用，如下肢截肢佩戴假肢后训练步行及上下楼梯，上肢截肢佩戴假肢后训练单手各方向运动及双手协调
- ⑥ 通过互助小组、情绪管理、压力疏导等训练使患儿接受截肢事实并学会在生活、校园中能够正确处理人际关系；
- ⑦ 针对家居及生活环境进行无障碍改造或建议

2.4 脑外伤患儿

2.4.1. 术后该类患儿普遍存在的问题：

- ① 认知障碍：不同脑区受损后记忆力、专注力、命名、情绪管理、执行能力、逻辑思维能力等不同程度受损；
- ② 认知障碍影响日常生活活动开展，如无法用语言表达自己的愿望，记忆力下降，专注力及学习能力障碍等；
- ③ 因情绪管理、沟通能力减弱，且认知康复进展缓慢，家人压力较大，易出现情绪或心理问题，影响与患儿日常沟通和照顾。

2.4.2. 训练方式

- ① 针对损伤的认知功能通过游戏等方式开展训练，如记忆力训练、专注力训练等；
- ② 日常生活活动训练，利用患儿现有功能（如动作模仿），通过日常生活用品使用模拟训练患儿主动参与日常生活活动的的能力；
- ③ 使用代偿方式改善日常功能，如使用沟通卡片、日常活动时间表等提高日常生活能力；
- ④ 患儿家属教育及心理疏导，通过教育家属训练患儿的方式，在日常生活中给予适量帮助，同时缓解家属心理压力，保持或增加对患儿的理解及长期耐心教育。

被动指屈主动指伸动态支具



手休息位支具
→防止肌腱挛缩

3. 地震患儿特殊性

3.1 心理

3.1.1. 早期心理状态：

灾后患儿普遍存在对震动、黑暗、“地震”词汇等敏感，疼痛忍耐程度较未受灾儿童低，生活、训练动力较低。在训练同时一方面通过患儿兴趣爱好入手开展简单兴趣活动，逐渐将训练项目融入游戏及日常活动中，会提高患儿对治疗的依从性；另一方面，在训练中促进患儿与家人沟通，教导家属与患儿沟通方式，使其心理过程逐步转化：能够表达对地震的害怕→接受地震→面对灾后问题。

3.1.2. 后期心理状态：

患儿出院回家后面临生活环境改变、接触人物改变，可能存在不适应及抵触情绪，在出院前教导家属院外功能性训练方式，探讨出院后患儿可能遇到的困难及处理方式。

3.2 家居环境

地震后家居环境可能存在不适宜轮椅出入或假肢初学者通行及开展日常生活活动（如厕等），需根据现在家居环境进行改造建议，尽可能提高患儿独立生活水平。



地震中脑外伤
小妹妹做OT

随访感想

2011级李林森康复治疗师可以说是患者回归家庭，回归社会之前最后接触到的专业治疗人员。那我们OT治疗师在帮助病人恢复功能，提高ADL能力，帮助病人回归家庭，回归社会的同时，是不是还能够做到更多更有意义的事??

地震随访中名单有一个伤员，在华西接受康复治疗后就回归了家庭，然而之前一直作为家庭支柱的他现在回到家庭后天天赋闲在家，没有积极的自己进行功能训练，也没有尝试着再找一份工作。究其原因，躯体上的功能不可避免的影响到他的表现，但更多地是他自己的意识在影响。这样的回归家庭是能让我们OT治疗师满意的回归吗??

答案显而易见，不是。正如教科书上所说的，OT治疗师永远只是一个推动者，换言之，患者在提高自己生活质量这个过程中将充当最为重要，也是最为有效的力量。那么OT治疗师作为一个推动者，不仅要推动患者功能和能力的发展，更要推动患者改变自己现状，提高生活质量动机的发展。从此观点出发，如果我们不能唤醒患者的动机，让患者自发积极的参与到提高自己生活质量的过程中，那么不管我们帮患者提高了多少种能力，我们都与自身推动者这个角色背道而驰。

与此观点佐证的另一个例子同样是地震受灾群众。在小腿外固定穿脱裤子不方便的情况下，自己尝试着将裤腿裁开，用扣子接在一起，绕过了外固定支架。而针对上厕所困难的问题，患者家属更是自己用木板搭建了一个坐便器，自制的坐便器用铁钉固定，比购买的更加牢固。而且旁边还固定了一根扶手以供辅助。

由此可见，只有患者自发的参与到改造环境，提高功能的过程中，患者的生活质量才会有切实而巨大的提高。

在以后的实习及工作中，希望有更多人能和我一起努力，成为这样一个推动者。

