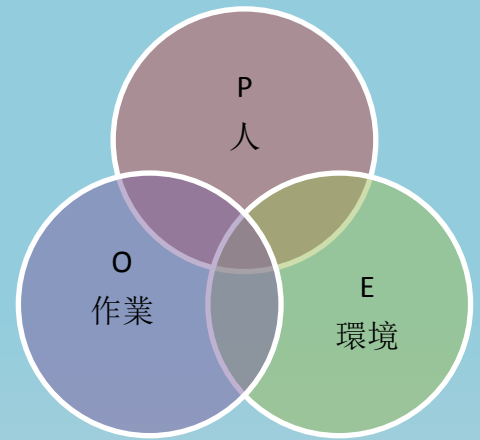


小兒外科地震傷員康復治療報

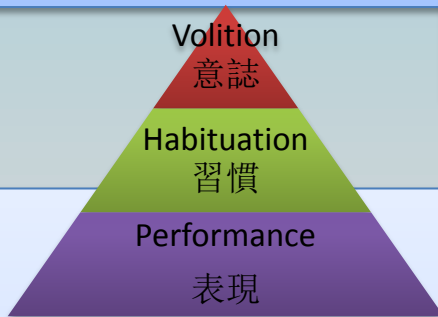
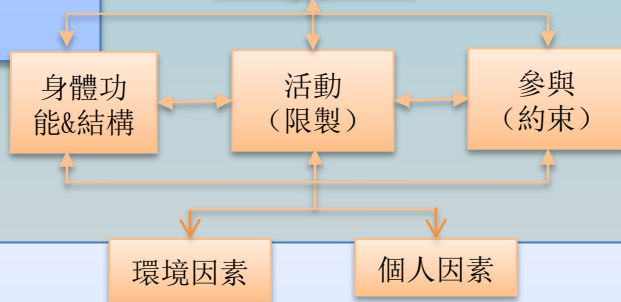
地震災後小兒外科各位老師在收治地震傷員中快速高效，保證傷員接受最佳醫療服務。此次針對地震傷員的綜合性救治，促進康復醫學科與小兒外科交叉學科合作。特總結在小兒外科地震傷員康復治療（作業治療）情況如下：

作業療法，是應用有目的的、經過選擇的作業活動，對於身體上、精神上，發育上有功能障礙或殘疾，以致不同程度地喪失生活自理和職業過去能力的患者，進行治療和訓練，使其恢復、改善和增強生活、學習和勞動能力，作為家庭和社會的一員過著有意義的生活。



國際功能、殘疾、健康分類 (ICF)

健康狀況 (紊亂/疾病)



理論基礎

PEO模型：

針對患者軀體功能、作業活動能力、環境評估後，分析患者軀體結構異常、個人角色、日常作業活動受限、所處環境等問題，為患者設計短期和長期作業治療活動方案。

MOHO模型

患兒訓練過程中融入心理社會因素，以患者為中心了解患者興趣、角色、價值觀（意志），針對性設計訓練活動以提高主動參與動力及程度，建立在院及出院自我鍛煉、家人輔助訓練習慣，通過日常生活活動訓練及角色恢復訓練（如針對即將出院返校的患兒建立於上課時間類似的作息時間，給予針對性出院指導），降低出院後身心障礙出現或進一步加重的幾率。

ICF模型：

通過作業活動訓練，提高受限關節活動度、肌力，改善水腫及肌腱攣縮，改善心理、認知功能，以提高日常生活活動參與能力，盡快恢復個人角色，回歸家庭。

2. 作業活動訓練

2.1 上肢骨折患兒

2.1.1 . 術後該類患兒普遍存在的問題

- ① 患兒自身身體功能或結構障礙導致的活動受限，如尺神經損傷後所致掌指關節屈曲困難、拇指對掌困難、無名指小指淺感覺障礙等；
- ② 術後患肢損傷處愈合同時，周圍軟組織粘連，影響相近肌肉肌力及相鄰關節關節活動度；
- ③ 製動後上肢肌力減弱，主動關節活動度降低，肌腱攣縮，手握力、手捏力，手對指、對掌、手精細活動能力降低；
- ④ 術後肢體水腫及疼痛，影響主動活動參與，進一步影響肌力及關節活動度；
- ⑤ 因疼痛、疼痛畏懼、過度投入患者角色，患兒動力較低，日常生活活動主動參與程度較少；
- ⑥ 地震後患兒畏懼及焦慮心理；
- 2.1.2. 訓練方式：
 - ⑦ 在保證患肢損傷處製動休息的同時，通過術後早期針對未受累肢體的功能障礙，以患兒興趣愛好及日常生活活動為基礎，開展上肢、手功能訓練，減輕肢體水腫，預防肌腱攣縮，提高上肢肌力及精細活動，提高日常生活參與動力及參與程度
 - ⑧ 興趣活動：增加患兒主動活動參與動力及參與程度，促進兒童之間、兒童與家人之間交流；
 - ⑨ 針對活動障礙設計訓練活動：如腕背伸訓練活動——Marble Game；
 - ⑩ 感覺訓練：詳細評估後確認患兒感覺損傷類型及程度，針對性兩點辨別覺、實體覺、淺感覺、保護覺、本體感覺等障礙進行訓練，訓練方式包括感覺重塑、鏡像治療等；
- 11 手精細活動訓練：通過手指協調、雙手協調、手內精細操作（in hand manipulation）訓練維持及提高手精細活動；
- 12 日常生活活動訓練：患肢製動後單手自理活動訓練、日常生活輔助器具訓練、通過日常生活活動訓練提高上肢力量、關節活動、協調能力；
- 13 靜態或動態手支具製作：固定患肢保護骨折區域，同時促進未受累關節運動，預防攣縮，減少水腫。

2.2 下肢骨折患兒

2.2.1. 術後該類患兒普遍存在的問題：

- ① 患兒自身身體功能或結構障礙導致的活動受限，如脛骨骨折合並腓總神經損傷，影響腳背伸、步行等；
- ② 骨折術後未受累關節周圍肌力減弱、肌腱攣縮，影響後期步行及自主如廁等；
- ③ 取皮及植皮處疤痕增生，軟組織粘連，影響皮膚外觀、關節活動、肌肉力量等；
- ④ 健側肢體因長期臥床力量減弱。
- ⑤ 術後肢體水腫及疼痛，影響主動活動參與，進一步影響肌力及關節活動度；
- ⑥ 地震後患兒畏懼及焦慮心理

2.2.2 訓練方式

- ① 良姿位擺放宣教，預防肌腱攣縮；
- ② 未受累關節被動、主動活動，預防關節僵硬，提高肌力；
- ③ 日常生活活動訓練：健側負重轉移、輪椅訓練、拐杖或助行器幫助下單腿負重行走



2.3 截肢患兒

2.3.1. 術後該類患兒普遍存在的問題：

- ① 殘端感覺過敏，難以觸碰；
- ② 患肢關節活動度、肌力較弱；
- ③ 長期臥床後健側肢體肌力較弱，影響日常生活活動；
- ④ 殘端肢體脂肪分布不均影響假肢佩戴
- ⑤ 幻肢痛，感覺殘端下肢體依然存在並且疼痛，影響殘端訓練、佩戴假肢及心理（焦慮、抑鬱）
- ⑥ 截肢後個人形象（personal image）不全，心理難以接受；
- ⑦ 家居、校園環境等不適宜輪椅或假肢佩戴後通行及日常活動開展。

2.3.2. 訓練方式

- ① 殘端漸進性脫敏
- ② 針對幻肢痛開展鏡像治療
- ③ 殘端傷口愈合後繃帶或壓力衣塑性
- ④ 日常生活活動訓練：翻身、轉移、輪椅訓練、利手交換（上肢截肢）
- ⑤ 假肢佩戴及日常使用，如下肢截肢佩戴假肢後訓練步行及上下樓梯，上肢截肢佩戴假肢後訓練單手各方向運動及雙手協調
- ⑥ 通過互助小組、情緒管理、壓力疏導等訓練使患兒接受截肢事實並學會在生活、校園中能夠正確處理人際關係；
- ⑦ 针对家居及生活环境进行无障碍改造或建议

2.4 腦外傷患兒

2.4.1. 術後該類患兒普遍存在的問題：

- ① 知障礙：不同腦區受損後記憶力、專注力、命名、情緒管理、執行能力、邏輯思維能力等不同程度受損；
- ② 認知障礙影響日常生活活動開展，如無法用語言表達自己的願望，記憶力下降，專注力及學習能力障礙等；
- ③ 因情緒管理、溝通能力減弱，且認知康復進展緩慢，家人壓力較大，易出現情緒或心理問題，影響與患兒日常溝通和照顧。

2.4.2. 訓練方式

- ① 針對損傷的認知功能通過遊戲等方式開展訓練，如記憶力訓練、專注力訓練等；
- ② 日常生活活動訓練，利用患兒現有功能（如動作模仿），通過日常生活用品使用模擬訓練患兒主動參與日常生活活動的能力；
- ③ 使用代償方式改善日常功能，如使用溝通卡片、日常活動時間表等提高日常生活能力；
- ④ 患兒家屬教育及心理疏導，通過教育家屬訓練患兒的方式，在日常生活中給予適量幫助，同時緩解家屬心理壓力，保持或增加對患兒的理解及長期耐心教育。

被動指
屈主動
指伸動
態支具



手休息位支具
→防止肌腱挛缩

3. 地震患兒特殊性

3.1 心理

3.1.1. 早期：災後患兒普遍存在對震動、黑暗、“地震”詞彙等敏感，疼痛忍耐程度較未受災兒童低，生活、訓練動力較低。在訓練同時一方面通過患兒興趣愛好入手開展簡單興趣活動，逐漸將訓練項目融入遊戲及日常活動中，會提高患兒對治療的依從性；另一方面，在訓練中促進患兒與家人溝通，教導家屬與患兒溝通方式，使其心理過程逐步轉化：能夠表達對地震的害怕→接受地震→面對災後問題。

3.1.2. 後期：患兒出院回家後面臨生活環境改變、接觸人物改變，可能存在不適應及抵觸情緒，在出院前教導家屬院外功能性訓練方式，探討出院後患兒可能遇到的困難及處理方式。

3.2 家居環境

地震後家居環境可能存在不適宜輪椅出入或假肢初學者通行及開展日常生活活動（如廁等），需根據現在家居環境進行改造建議，盡可能提高患兒獨立生活水平。



地震中腦外傷
小妹妹做OT

隨訪感想

2011級李林森

康復治療師可以說是患者回歸家庭，回歸社會之前最後接觸到的專業治療人員。那我們OT治療師在幫助病人恢復功能，提高ADL能力，幫助病人回歸家庭，回歸社會的同時，是不是還能夠做到更多更有意義的事??

地震隨訪中名單有一個傷員，在華西接受康復治療後回歸了家庭，然而之前一直作為家庭支柱的他現在回到家庭後天天賦閑在家，沒有積極的自己進行功能訓練，也沒有嚐試著再找一份工作。究其原因，軀體上的功能不可避免的影響到他的表現，但更多地是他自己的意識在影響。這樣的回歸家庭是能讓我們OT治療師滿意的回歸嗎??

答案顯而易見，不是。正如教科書上所說的，OT治療師永遠隻是一個推動者，換言之，患者在提高自己生活質量這個過程中將充當最為重要，也是最為有效的力量。那麼OT治療師作為一個推動者，不僅要推動患者功能和能力的發展，更要推動患者改變自己現狀，提高生活質量動機的發展。從此觀點出發，如果我們不能喚醒患者的動機，讓患者自發積極的參與到提高自己生活質量的過程中，那麼不管我們幫患者提高了多少種能力，我們都與自身推動者這個角色背道而馳。與此觀點佐證的另一個例子同樣是地震受災群眾。在小腿外固定穿脫褲子不方便的情況下，自己嚐試著將褲腿裁開，用扣子接在一起，繞過了外固定支架。而針對上廁所困難的問題，患者家屬更是自己用木板搭建了一個坐便器，自製的坐便器用鐵釘固定，比購買的更加牢固。而且旁邊還固定了一根扶手以供輔助。

由此可見，隻有患者自發的參與到改造環境，提高功能的過程中，患者的生活質量才會有切實而巨大的提高。在以後的實習及工作中，希望有更多人能和我一起努力，成為這樣一個推動者。

