

腦外傷的作業治療

——馬錫超 劉婷婷

作業治療師的不同之處在於幫助改善腦外傷患者的日常生活活動能力，重建認知功能，教會他們運動技能，最大化減少他們的能力限制，從而提高腦外傷患者的生活質量。

同時，從PEO模型出發，腦外傷患者的情緒、興趣、工作、社交，以及他們所處的家庭環境，工作環境都需要作業治療師的參與和幫助。

首先，在第一次和轉診來的腦外傷患者麵談時，作業治療師需要對患者做出係統化，專業化的評估來找出患者存在的問題，同時，需要考慮“為什麼”。

作業治療師針對腦外傷患者的評估內容包括：

患者的ADL能力（包括個人衛生、進食、穿衣、洗澡、如廁、床椅轉移、步行、上下樓梯、小便控制、大便控制）（MBI）

患者的IADL能力（做飯、清潔等）（COPM）

認知功能（MMSE、NCSE）、記憶評定（韋氏記憶量表）

感知覺功能（淺感覺、深感覺、實體覺）

視覺功能

運動功能（肌力PROM/AROM）

情緒自評量表等

行為障礙的評定

作業治療師不僅要針對患者的特異性進行評估和篩查，還需要有耐心的和患者溝通交流，在交流過程中，注意觀察患者的面部表情，肢體反應，情緒反應。在對患者進行評估後，還需要和患者家屬溝通交流，進行適當的宣教。

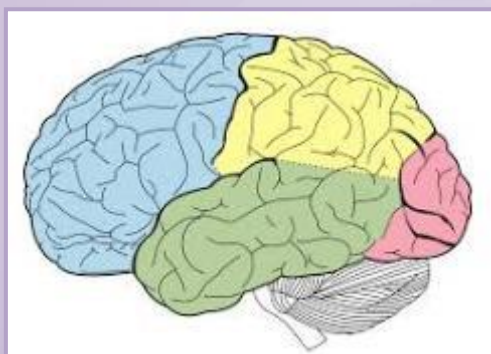
評定是為了更好的發現患者的問題，針對問題的嚴重性，重要程度確定治療方案，為患者設計特定的作業治療活動。

這就需要作業治療師熟悉大腦結構和功能

腦葉分為額葉、顳葉、頂葉、枕葉

1. 額葉

主管認知、記憶、語言、人格、智力、整合功能等。左額葉損傷導致失語症，損傷語言記憶，右額葉損傷直觀形象記憶障礙。



額葉綜合征：額葉前部損傷導致病人性格和行為改變。

2. 顳葉

主管記憶、聽覺、記憶、視覺等。

左顳葉損傷語言存儲能力下降或缺失；

右顳葉損傷視覺記憶能力下降或缺失。

顳葉癲癇：發作起源於大腦某些結構的異常放電。自發異常放電來源於非聽區顳葉皮質，特別是它的前端部分，常伴有高級腦功能活動障礙，比如感知覺、思維、情緒、人格和運動方面的許多症狀。

3. 頂葉——主管短時記憶、語言、空間定位、閱讀、邏輯計算、感知覺功能等。

4. 枕葉——主管視覺、語言信息處理。

損傷綜合征有：視覺失認症、視幻覺、失寫症等。

腦外傷患者的情緒控制能力會降低，表現為焦慮，暴躁不安，肢體代償等。所以，在對腦外傷患者做治療的同時，需要注意患者的情緒，平時可以在治療過程中對其進行鼓勵，增加其自信心、愉悅感。例如，早期教會患者穿脫衣服，可以及時的為患者樹立信心，找到個人價值。同時，作業治療師可以靈活運用MOHO模型，提高患者主動參與到作業治療活動的積極性。腦外傷患者的家庭成員間的關係和個性特征也需要了解，因為HEE對腦外傷患者的康復會帶來負面影響，甚至會影響患者情緒，產生過激行為。所以，需要告知家屬患者會出現異常情緒和行為的原因，讓家屬積極配合，給予患者關心、理解和支持。

作業治療活動具有特異性，例如，患者有認知障礙，作業治療師可根據患者的認知水平設計活動，在活動過程中，及時的根據患者的認知能力的改變，做出相應的調整。例如空間記憶力的訓練（翻轉五子棋），辨別圖片（三角形、正方形、圓形），計算能力（數字大小對比，數字加減），辨別人物面部（圖片配對），辨別顏色等。

作業治療師還需要面對的一大挑戰是，患者對活動的完成度和厭倦度。當患者對同一個活動不再擁有興趣的時候，患者的配合度就會下降，不利於患者的康復，這就需要治療師及時的做出調整，並且即要保證活動的有效性，又要提高患者的興趣，進而改善患者的功能。