

個案報告：康復醫師統籌下以作業治療為主導的出院計畫促進患者合理出院探討

-----以腕關節置換術為例

成都市第二人民醫院康復醫學科 羅倫 李攀

患者入院即應為其做好出院計畫，這已是國際共識。但是在目前國內的綜合醫院（這裏主要講三級）康復醫學寇裏的患者，要做到“合理出院”，是非常困難的。所謂合理出院需要滿足四個方面的條件，即：醫務（含醫、治、護）人員認為可以；住院時間在臨床路徑或醫院制定的時限標準內；如果需要轉介下級機構，上級機構經評估後認為下轉的機構滿足條件，且下級機構能夠並願意承接；患者及家屬接受醫院的建議。

在我國，由於客觀條件限制，大多數醫院需要將住院時間作為重要的考核指標，要求縮短住院時間，並將住院時間控制在滿足臨床路徑或者醫院給出的住院時限內（即前述的第 2 個條件），至於患者最終是否順利的回歸家庭、社會，重建身心健康、幸福、愉快的生活，則少見報導。為了真正實現患者的合理出院，我科從出院計畫的安排、康復服務體系內的合作互動對促進患者合理出院作了持續的探索，這裏以腕關節置換術的患者為例，簡要報導出院計畫的安排和患者合理出院的過程。

一、基本資訊

患者蔣婆婆，女性，72 歲，2017 年 11 月 16 日因車禍致右股骨頸骨折（頭下型），11 月 18 日轉入我院骨科住院治療。患者性格較急，是家裏的主心骨；老伴有心臟病、高血壓，不會做家務不會做飯；女兒常年在外地工作無法照顧。

家住三樓，無電梯。

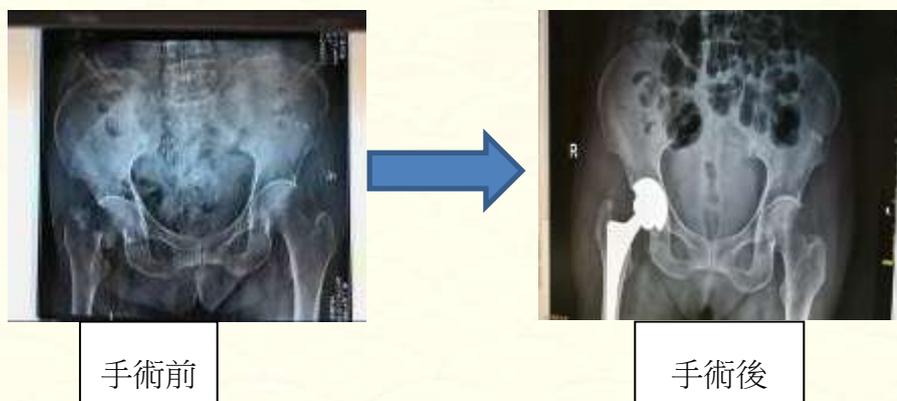
二、康復過程

患者入院後，康復醫師統籌康復團隊，對患者進行全面評估後，制訂康復治療計畫，並初步確定出院目標、出院計畫。康復過程如下：

1. 術前康復（2天，11月18日-11月19日）

康復醫師協調骨科醫師與骨科康復前移治療組的治療師，經過評估和討論後，確定康復目標為：預防併發症（下肢靜脈血栓等）；讓患者及其家屬對疾病、治療、康復等有瞭解。據此，為患者制定的初步康復治療計畫包括：① 下肢踝泵活動，10個/組，2組/小時；② 股四頭肌等長收縮練習，10個/組，2組/小時；③ 臀肌等長收縮練習，10個/組，2組/小時；

2. 手術：患者于11月20日行右髌關節置換術，術後安返病房。



3. 術後康復

患者的術後康復按照我科此前出版的《髌關節置換術出院計畫工具箱》實施。

3.1 術後第一、二天（11月21日-11月22日）

骨科床旁治療師進行評估顯示，改良 Barthel 指數（MBI）20分，表現為日常生活能力極重度依賴（僅大小便可控制）。第一天的康復治療重點是日常生活穿衣、進食指導訓練，強調防跌倒並貫穿住院階段始終，這也是出院回家必需要

自己完成並注意的。

3.2 術後第三、四天（11月23日）

患者訴頭暈，神經內科會診後診斷為耳石症，給予對症處理。患者康復治療的主動性減弱，訓練的量和時間銳減，陪護的照顧量增加。這些症狀的出現是康復治療中的影響因素，使得康復治療並不是只按工具箱就可以順利完成，並且加重了患者病人的角色，若不及時處理會延誤出院時間。

3 術後第五天（11月25日）

家屬反映患者自己不剝橘子而是讓家屬剝，日常生活依賴性較強，且患者及家屬都想知道患者什麼時候可以自己上廁所。我們分析後認為，患者每天穿著病號服，治療師來指導時，她下床做訓練；治療師不在時，她會整天呆在床上接受照顧，且基於患者的虛弱，治療師沒有太積極地給予如廁等日常生活活動的訓練。這些都加深了“病人”的角色。由於如廁問題既關乎患者的隱私和尊嚴，也是影響患者出院的重要因素，而骨科床旁治療師不是專業的作業治療師，因此，在發現這種情況後，即刻將患者的如廁訓練需求轉介給作業治療師，作業治療師開始介入。



作業治療師在床旁指導患者進行穿衣訓練

3.4 術後第六天（11月26日）

患者訴心慌、心累，測量心率 100-110 次/分，完善相關檢查，經心內科會診後診斷為竇性心動過速，因患者較為虛弱，大部分時間都臥床休息。此時，康復治療團隊經過討論，決定放緩康復治療的進度。

3.5 術後第七天（11月27日）

作業治療師再次對患者進行評估，結果顯示 MBI 為 65 分，日常生活能力中度依賴（進食、穿衣、入廁、個人衛生、床椅轉移、步行較前進步）。經康復醫師統籌協調，在確保身體狀況安全的情況下，作業治療師指導家屬幫助患者換上自己的衣服，並提供馬桶凳開始在骨科病房衛生間進行真正的人廁訓練。經過約 4 次練習後，患者基本掌握入廁方法及注意事項，在護工少量幫助下可自行完成入廁。作業治療師進一步告知家屬提供家裏坐便器的尺寸，以便給予坐便器的改裝計畫，這是患者回家安全如廁的保障。同時，採用訓練用階梯開始指導患者進行上下樓梯的訓練，為出院回家做準備。



換上自己的衣服如廁訓練



上下樓梯

3.6 術後第八、九天（11月28-11月29日）

患者訴夜間休息差，服用安眠藥物後無明顯改善，有乏力感，伴納差、腹瀉，不能完成訓練。康復醫師協調中醫師給予中藥調理，並聯繫消化內科及心內科會

診處理，未發現明顯異常。心理治療師行焦慮抑鬱評估，結果顯示患者心理狀態正常。由於康復醫師在處理患者內科狀況時花費一些時間，可能導致出院時間的推遲。

3.7 術後第十至十三天（12月1日）

經過前述處理，患者腹瀉緩解，精神好轉，考慮腹瀉原因可能是因患者較為節約，習慣吃剩飯剩菜，食用前又未能充分加熱。經康復醫師及治療師提醒患者及家屬注意後情況有所改善。

隨著患者基礎情況的好轉以及角色的調整，康復治療團隊開始為患者進行出院前的準備，告知患者及家屬擬安排在拆線後 1-2 天出院。作業治療師指導患者及家屬學習髖關節置換康復宣教視頻，並根據患者家屬提供的家中坐便器尺寸即給予坐便器的改裝方案。



病人角色演變



播放視頻

3.8 術後第十四至十六天（12月4日）

傷口拆線後，作業治療師再次評估 MBI 為 78 分，日常生活能力輕度依賴（洗澡和上下樓梯完全依賴），同時患者仍訴頭暈、心慌，家裏的馬桶增高器未到貨，需要請一位元元元做家務的照顧者也沒到。針對這種情況，康復醫師建議患者暫緩出院，並組織召開了多專業討論。

作業治療師（家訪具體實施者）認為，患者有良好的家庭支持，回家後有照顧者輔助完成日常活動。因在日常生活中比較強勢且喜歡做家務，為防止過早過急參與家務，提高患者回家後參與日常活動的安全性和獨立性。準備在患者出院前家訪，提供家居環境評估，患者正確使用輔具完成活動的指導等。根據患者家屬提供資料：1. 家裏馬桶較矮，家屬已購買馬桶增高器，還未到貨；處理：在增高器安裝前，作業治療師提供合適的坐便椅在家使用，待增高器安裝可以使用後歸還。2. 患者現行走活動需助行架輔助，處理：作業治療師提供助行架給患者在家使用，1 月後跟進患者功能情況決定是否調換輔具。骨科床旁治療師認為可以在目前治療的基礎上考慮增加：1. 強化神經肌肉控制訓練，但要注意訓練強度。2. 出院前加強戶外步行訓練、家居適應訓練等。心理治療師回饋患者性格多抱怨，容易關注負面資訊，但她心裏是清楚自己好轉的不錯，所以出院前的心理準備是讓家屬經常給一些好的暗示，以調整心態。中醫師則建議可繼續調整患者的飲食、二便，睡眠，促進精力恢復，為出院及回家做好準備。經過討論，小組決定由作業治療師為患者進行一次出院前的家居探訪。

3.9 術後第十七至二十天（12 月 7-10 日）

作業治療師進行家居探訪發現，馬桶增高器仍然未到，計畫出院時先借坐便椅給患者使用，待患者家中的坐便器改裝完成後返還。評估室內環境後，囑咐家屬不要過早讓其參與家務勞作，在家中有門檻的位置做出標識，提醒患者注意防跌倒的細節；調整家中廚房物品擺



放位置，便於患者在廚房時保護患者的安全（患者愛好烹飪）；計畫向患者出借助行架，待患者可扶肘拐行走後返

家訪評估如廁環境

還。

3.9 術後第二十一天（12月11日）

作業治療師再次評估評估 MBI 為 83 分，洗澡需要大量幫助，上下樓梯需要少量幫助，步行需監護，穿衣需少量說明。當天照顧者到位，馬桶增高器安裝完成，患者及家屬很高興地接受出院安排。作業治療師陪同患者回家，整個出行過程給予患者及家屬詳細的宣教和指導。



上下車



上下樓梯



坐便器改造

該患者總共住院時間 20 天。出院後 1 個多月時，我們對患者進行了一次家訪（2018 年 1 月 16 日），患者可扶單拐（肘拐）行走，日常生活基本自理，並可進行少量家務活動，如烹飪、洗衣等。



助行架改為肘拐
開始做少量家務活動

回顧該個案的整個治療過程，我們發現：

1. 康復醫師統籌下的多專業合作使康復治療能夠有序進行；
2. 儘早地進行患者角色調適對促進患者生活方式的重建有著十分重要的作用；
3. 床旁康復治療師應該具備全面綜合評估和治療的能力，強化對重建生活為本的認識，及時轉介給作業治療師精準訓練；
4. 作業治療師在出院計畫的實施中起著關鍵的作用，尤其是出院過程的最終完成；
5. 作業治療師出院後隨訪對跟進患者輔具的更換、家務活動的參與，重建與原來相近或調整後的生活，並賦予其內容獲得充實、愉快、有意義的專業指導。
6. 人工關節置換術的標準住院日按照臨床路徑標準是 14-21 天（2016 衛計委版），但臨床路徑並不能照顧很多細節，而人是同時兼具生物-心理-社會三重特性，這就決定了細節是會影響住院時間的，也因為這些細節的存在，按照髖關節置換康復工具箱的步驟實施也不一定都很順利。

因此，康復醫師統籌下以作業治療為主導的出院計畫促進患者合理出院是非常優化的方法。當然，在該個案中還有許多可改進的地方，提早家居探訪的時間、